

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSO DE PERFECCIONAMIENTO

Título curso

CP-24-013	CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Y BARIÁTRICA (BÁSICO)		
Fecha inicio:		Fecha final:	
Director del curso:	Dra. Momblán Dra. Ibarzábal Dr. Osorio	Servicio:	CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA

A. DATOS PERSONALES:

Nombre:

Nacionalidad: Fecha nacimiento: DNI/Pasaporte:

Titulación y/o especialidad:

Dirección postal en país de procedencia:

Centro de procedencia:

Mail: Teléfono:

B. Documentación que debe adjuntar a este formulario previa a su aceptación:

- Carta de recomendación del Centro de procedencia Currículum
- Vitae (máximo 4 páginas)
- Copia del pasaporte o documento nacional de identidad
- Copia del título de especialista

C. En el momento de su incorporación en el centro, deberá aportar:

- Copia legalizada del Título de Especialista (debe legalizarlo en su país de origen)
(Los títulos académicos expedidos por autoridades no españolas, deberán venir legalizados mediante apostilla o legalización diplomática. La compulsión de una copia no exime de la legalización del título)
- Seguro de Responsabilidad Civil Profesional (lo puede contratar en su país de origen o a su llegada a Barcelona)
- Seguro de Salud, muerte y accidentes (lo puede contratar en su país de origen o a su llegada a Barcelona)

La aceptación de esta solicitud de inscripción está condicionada a la aprobación por parte del Servicio en que realizará la formación y la aprobación por la Comisión de Evaluación de Actividades Docentes.