**BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN**

**Enviar por correo electrónico a:** [*formacion.hscr@salud.madrid.org*](https://correo.salud.madrid.org/owa/redir.aspx?C=BbnYSEfej0aXvYzCwX_Y74OinFWuM9NIu6k0P_iFpD4FDeKhO4Lz6w4GsOTzIjgxz1Ctcm9Hd_g.&URL=mailto%3aformacion.hscr%40salud.madrid.org)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CURSO** | | | | |
| **NEUROPATÍAS TRAUMÁTICAS (7 y 8 de JUNIO-2018)** | | | |  |
| **7ª EDICIÓN- CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO** | | | |  |
| **(Rellenar con letra legible y en MAYÚSCULAS)** | | | | |
| Nombre y Apellidos: | | | | |
| NIF: | |  | | |
| Centro de trabajo: | | | | |
| Servicio: | | | | |
| Puesto/Cargo: | | | | |
| Dirección: | | | | |
| C.P.: | Localidad: | | | |
| **Teléfono trabajo (\*):** | | | **Teléfono móvil (\*):** | |
| **Otro teléfono (\*):** | | | **FAX:** | |
| **E-mail (\*):** | | | | |
| Titulación Académica: | | | | |
| Justificación del interés para realizar el curso: | | | | |
| Fecha y firma del/de la solicitante | | | | |
| * **LA ADMISIÓN AL CURSO SE COMUNICARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO O TELÉFONO ÚNICAMENTE A LOS ALUMNOS SELECCIONADOS.** * **PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO ES IMPRESCINDIBLE LA ASISTENCIA AL 90% DE LAS HORAS LECTIVAS PARA CURSOS DE MÁS DE 20 HORAS Y DEL 100% PARA CURSOS DE MENOS O IGUAL DE 20 HORAS** | | | | |