

FORMULARIO DE SOLICITUD – CURSO DE ECOCARDIOSCOPIA

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre y apellidos: _____ DNI / NIE / Pasaporte: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono particular: _____ Móvil: _____
Correo electrónico: _____ Dirección postal: _____
Código postal: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____

DATOS PROFESIONALES

Centro de trabajo: _____ Cargo / Puesto: _____
Especialidad: _____ Número de colegiado: _____
Comunidad Autónoma: _____ Años de experiencia profesional: _____

VINCULACIÓN CON SEMERGEN

- ¿Es socio/a de SEMERGEN? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique su número de socio: _____

- ¿Pertenece al Grupo de Trabajo de Ecografía? ☐ Sí ☐ No

SITUACIÓN PROFESIONAL

Categoría actual:

- ☐ Médico Residente Si es **Residente**, indique año de residencia: ☐ R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4
- ☐ Médico Adjunto

CENTROS DE ROTACIÓN

- 1) _____ Observaciones: _____
- 2) _____
- 3) _____

El procedimiento de pago se realizará mediante transferencia bancaria a SEMERGEN, y el importe deberá abonarse una vez que el alumno/a haya sido admitido/a, antes del inicio de la rotación.

FECHA Y FIRMA

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

Firma del solicitante: _____

ENVÍO DEL FORMULARIO

Enviar este formulario cumplimentado y firmado a:



formacion@semergen.es

Asunto del correo: *Solicitud Curso Ecocardiografía – [Nombre Apellido]*