SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Complexo Hospitalario de Ourense
Ourense

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



DATOS PERSONALES	
Apellidos:	_____
Nombre:	_____
Domicilio (calle, plaza, número piso…)	
Población :	_____
Código Postal:	_____
Provincia:	_____
Teléfono Móvil: _____	Correo electrónico: _____

DATOS PROFESIONALES	
Categoría profesional	
Titulación (sólo la más alta alcanzada)	
Centro de trabajo :	
Puesto de trabajo actual:	
Servicio/Unidad donde presta sus servicios:	

Para completar la inscripción en esta jornada debe **guardar** el documento y **enviarlo adjunto** a la dirección de correo electrónico
xornada.investigacion.ourense@sergas.es

Guardar Formulario