

# BOLETIN DE PREINSCRIPCIÓN

## MASTER REGIONAL EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nombre: \_\_\_\_\_

Titulación académica: \_\_\_\_\_

Institución o Empresa en que trabaja: \_\_\_\_\_

Dirección para correspondencia: Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Telf. Particular: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Documentos que acompaña:

Certificación académica

Curriculum vitae acreditado

Firma