Universidad de Alcalá

Hospital Universitario Ramón y Cajal
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN AL

III MÁSTER EN NEFROLOGIA DIAGNÓSTICA E INTERVENCIONISTA

Curso académico __2015 /__2016

DNI/ NIF	
Fecha de nacimiento	
Apellidos, Nombre	
Dirección	
Provincia	
Código postal	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

Datos académicos

Año fin Especialidad de Nefrología	
Hospital realización MIR/ Provincia	/
Grado académico	**Licenciado** ☐ **Doctor** ☐

Datos profesionales

Centro de trabajo actual	
Área de dedicación actual	
Centros de trabajo anteriores	
Motivos por los que desea realizar este curso	
Financiación del curso (señale la correcta)	**Confirmada financiación de Casa comercial (en este caso indíquela_____)** ☐ **Me lo financiaré yo** ☐

El abajo firmante se compromete a asistir a los talleres prácticos incluidos en el temario del Máster que se celebrarán en el Hospital Ramón y Cajal en las fechas establecidas por los directores del curso.

Fecha _____ Firma del interesado_____

(el firmante declara que los datos son ciertos)

Enviar debidamente cumplimentado hasta el 30 de noviembre de 2015 a: master.ramonycajal@gmail.com.

Protección de Datos. A los efectos previstos en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE 14/12/1999), de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo serán incorporados a un fichero con la única finalidad de tramitar mecánicamente su solicitud. El responsable del fichero es la Sociedad Española de Nefrología con domicilio en Paseo de Gracia 21, 1-1. 08007 Barcelona. . El interesado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación en la citada dirección.