

CURSOS DE FORMACIÓN EN GERIATRIA

MÀSTER _____ (CE-1, 2, 3, 4 y 5)

POSTGRADO _____ (CE-2, 3 y 4)

CURSOS _____ (CE)

Curso Especialización 1 (CE-1). Principios de Gerontología.

Curso Especialización 2 (CE-2). Principios de Geriatria.

Curso Especialización 3 (CE-3). Síndromes Geriátricos.

Curso Especialización 4 (CE-4). Niveles Asistenciales.

Curso Especialización 5 (CE-5). Enfermedades Órganos y Sistemas.

Nombre y apellidos _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Población _____ C.P. _____ Telf _____

E-mail: _____ Móvil _____

Año de licenciatura _____ Facultad _____

Especialidad _____

Lugar de trabajo actual:

Experiencia laboral anterior en el ámbito de la geriatría:

Actividad formativa realizada en el ámbito de la geriatría:

Otros datos de interés que desee señalar:

Firmado:

SECRETARIA DEL MASTER

Sra. Lourdes López

Telf. 93 567 88 88 – Fax. 93 567 88 61

E-mail: master.gerontol@comb.es