

# BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

**Curso:** \_\_\_\_\_ **Código:** \_\_\_\_\_

## Datos personales:

**Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**D.N.I.** \_\_\_\_\_ (Dato de obligada cumplimentación)

**Profesión:** Médico  Situación laboral: Fijo

Médico-residente  Año \_\_\_\_\_ Interino

ATS / DUE  Sustituto

Administrativo  Refuerzo

Otros (especificar)

**Centro de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

## Dirección del centro:

**Calle:** \_\_\_\_\_ **Número y piso:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_

## Domicilio particular:

**Calle:** \_\_\_\_\_ **Número y piso:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

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

**Gerencia de Atención Primaria**  
C/Parque San Fernando s/n  
16071 CUENCA  
Tfno.: 969 22 81 16  
Fax.: 969 22 88 22



**Firma:**