

SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA EL EJERCICIO Y LA ENSEÑANZA DE ASISTENCIA MECÁNICA CIRCULATORIA DIRIGIDO A PROFESIONALES Y UNIDADES DE FORMACIÓN

Reconocimiento de la Formación Específica y Excelencia para la Práctica de la ASISTENCIA MECÁNICA CIRCULATORIA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN. VIA ORDINARIA.

Nombre:

Apellidos:

DNI/Pasaporte:

Domicilio:

C.P. / Localidad / Provincia: / /

Tfno:

E.Mail:

REQUISITOS:

- TÍTULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR.
- ACEPTACIÓN PARA FORMACIÓN EN CENTRO ACREDITADO.

DOCUMENTACIÓN:

- Fotocopia compulsada del Título de Especialista en Cirugía Cardiovascular
- Trayectoria profesional (1).
- Carta original firmada y sellada por el Director del Centro / Servicio / Unidad Cardiovascular donde ha iniciado su formación haciendo constar la fecha de inicio y la actividad desarrollada hasta el momento de rellenar la solicitud.

Fdo:

En a de del 2017

(1) Ejemplo:

PERIODO	HOSPITAL	CATEGORÍA	ACTIVIDAD
1995-2000	HOSPITAL	MIR	En formación