**CURRICULUM VITAE. FORMULARIO PARA LA ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES**

NOMBRE

APELLIDOS

FECHA NACIMIENTO

FECHA DE LICENCIATURA

TESIS DOCTORAL: Sí No

\* Fecha:

\* Universidad:

FORMACIÓN EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR:

\* Periodo: Desde Hasta

\* Hospital:

CURSO DE RADIOPROTECCION: Sí No

PUBLICACIONES:(enviar fotocopia primera página)

\* Nº publicaciones en revistas españolas:

\* Nº publicaciones en revistas extranjeras:

TRAYECTORIA PROFESIONAL (1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **HOSPITAL** | **CATEGORÍA** | **ACTIVIDAD** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(1) Ejemplo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO** | **HOSPITAL** | **CATEGORÍA** | **ACTIVIDAD** |
| 1975-1980 | HOSPITAL GENERAL | MIR | En formación |

Fdo:

En a de del 20....