**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INICIO. VIA ORDINARIA.**

Nombre:

Apellidos:

DNI/Pasaporte:

Domicilio:

C.P. / Localidad / Provincia: / /

Tfno:

E.Mail:

**REQUISITOS:**

* TITULO 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 20..

(1) Ejemplo:

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