



SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA EL EJERCICIO Y LA ENSEÑANZA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA VASCULAR DIRIGIDO A PROFESIONALES Y UNIDADES DE FORMACIÓN

Reconocimiento de la Formación Específica y Excelencia para la Práctica en el TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA VASCULAR

**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