**Programa de Formación Continua e Innovación Pedagógica**

**CARRERA DE MEDICINA**

**Universidad Nacional de Mar del Plata**

**formulario de inscripción**

**apellido y nombre: ………………………………………………………………………………..**

**Dirección: …………………………………………… localidad:……………………………….**

**Teléfono fijo:………………………………. Teléfono celular : …………………………….**

**Correo electrónico:………………………………………………………………………………**

**título de grado: .…………………………………………….edad: …………………………..**

**1) antecedentes profesionales: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**2)antecedentes académicos: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Los ítems 1 y 2 podrán sustituirse adjuntando Currículum Vitae resumido.**