

**SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN**

Curso 2023-2024

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| Nombre y apellidos:  D.N.I: Fecha de Nacimiento:  Dirección postal:  CP: Ciudad: Teléfono de contacto:  Email:  **ESTUDIOS DE LOS QUE DESEA MATRICULARSE**:  • Diploma de Experto Universitario en Cuidados Oncológicos  • Diploma de Experto Universitario en Cuidados Paliativos  • Máster de Formación Permanente en Cuidados Oncológicos y Paliativos  *\*Se puede cursar el máster completo o bien matricularse de los dos expertos por separados*  **MODALIDAD :**  SEMIPRESENCIAL • ONLINE • |
| **DATOS ACADÉMICOS** |
| Titulación:  Fecha de finalización:  Otras titulaciones académicas: |
| **DATOS PROFESIONALES** |
| Puesto de trabajo actual:  Lugar de trabajo: Ciudad:  Experiencia laboral previa: |
| **OTROS DATOS DE INTERÉS** |
| Motivos por los que le gustaría realizar este título |