



www.comeca.org

# Hoja de Inscripción Premios y Becas Día de la Profesión Médica

## DATOS PERSONALES

<b>Nombre:</b>	<b>Apellidos:</b>	<b>Nº de colegiado:</b>
<b>DNI:</b>	<b>Domicilio:</b>	
<b>Municipio:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Email:</b>	

**BECA EXPEDIENTE UNIVERSITARIO MEDICINA**

**PÓSTER ATENCIÓN HOSPITALARIA O PRIMARIA**

**ARTÍCULO CIENTÍFICO**

**TESIS DOCTORAL**

**CURRICULUM MIR**

El abajo firmante declara bajo su responsabilidad que todos los datos consignados en la presente solicitud son ciertos y adjunta la documentación acreditativa necesaria para ser admitido en la convocatoria.

En Cáceres a ..... de ..... de 2023

Firmado: