



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

## DATOS PERSONALES

<b>Nombre:</b>	<b>Apellidos:</b>	<b>Nº de colegiado/a:</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**
- PREMIO A LA FORMACIÓN CONTINUADA**

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/a en la convocatoria.

En Cáceres a ..... de ..... de 2024

Firmado:



ILUSTRE  
COLEGIO OFICIAL DE  
MÉDICOS DE CÁCERES



Fundación del Ilustre Colegio Oficial de la Profesión Médica de Cáceres