



Hoja de Inscripción Premios y Becas Día de la Profesión Médica

DATOS PERSONALES

Nombre:	Apellidos:	Nº de colegiado/a:
DNI:	Domicilio:	
Municipio:	Provincia:	Código Postal:
Teléfono:	Email:	

- ☐ **BECA EXPEDIENTE UNIVERSITARIO MEDICINA**
- ☐ **PÓSTER ATENCIÓN HOSPITALARIA O PRIMARIA**
- ☐ **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 2025

Firmado:



ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE CÁCERES



Fundación del Ilustre Colegio Oficial de la Profesión Médica de Cáceres