

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PLAZA EN EL CURSO

NOMBRE

APELLIDOS

CARGO

HOSPITAL

FECHA SOLICITUD

Tras completar la plantilla correctamente, envíela al correo de secretaría técnica del curso para su revisión:

secretaria@digieiasalud.com

Una vez constatado que se cumplen los criterios, la selección del alumnado se realizará por orden de recepción de la solicitud.

MOTIVO DEL INTERÉS

Indique brevemente los motivos de su interés para realizar el curso

Seleccione el motivo o los motivos que han despertado su interés por el curso:

Ya se han realizado cursos relacionados con Salud Digital anteriormente (indicar cuáles)

Ya se ha participado en proyectos de Salud Digital anteriormente (indicar cuáles) o tiene interés en iniciar un proyecto de investigación o un proceso de aplicación digital en el servicio de farmacia de su hospital

Es una necesidad del Servicio de Farmacia de su Hospital.

NP-ES-NA-QST-220001 (v1) 04/2022

Organizado por:



Acreditado por:



Solicitado el aval de:

