

**SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN EN MÁSTER EN NEFROLOGÍA DIAGNOSTICA E INTERVENCIONISTA**

|  |
| --- |
| **Curso académico 2024/2025** |
| **DNI/ NIF** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Apellidos, Nombre**  |  |
| **Dirección** |  |
| **Provincia** |  |
| **Código postal** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**Datos académicos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Año fin Especialidad de Nefrología**  |  |
| **Hospital realización MIR/ Provincia** |  |
| **Grado académico** | **Licenciado Doctor**  |

**Datos profesionales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Centro de trabajo actual** |  |
| **Área de dedicación actual** |  |
| **Centros de trabajo anteriores** |  |
| **Procedimientos que domina** | **Ecografía renal** **Eco doppler renal** **Biopsia renal** **Eco FAV** **Catéter tunelizado HD****Catéter transitorio HD ecoguiado** **Catéter DP** **Ecografía pleuropulmonar****Protocolo VExUS** |
| **Financiación del curso****(señale la correcta)** | **Confirmada financiación de Casa comercial****(en este caso señálela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)****Me lo financiaré yo** |

**El abajo firmante se compromete a asistir a los talleres prácticos incluidos en el temario del Máster que se celebrarán en el Hospital Ramón y Cajal en las fechas establecidas por los directores del curso.**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del interesado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(el firmante declara que los datos son ciertos)**

**PROCEDIMIENTO DE PREINSCRIPCIÓN**

**Enviar debidamente cumplimentado, con letra legible antes del 15 de diciembre de 2024 a:**

**master.ramonycajal@gmail.com**

**ASUNTO: solicitud de preinscripción en Máster de NDI**

|  |
| --- |
| **Protección de Datos**. A los efectos previstos en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE 14/12/1999), de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo serán incorporados a un fichero con la única finalidad de tramitar mecánicamente su solicitud. El responsable del fichero es la Sociedad Española de Nefrología con domicilio en Paseo de Gracia 21, 1-1. 08007 Barcelona. . El interesado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación en la citada dirección. |