

**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**](mailto: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. |