

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**A ACTIVIDAD FORMATIVA DE LA ESCUELA DE SALUD Y CUIDADOS 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del curso que solicita:** | | | | | | | | **Lugar de realización:** | | | **Fechas del curso** | |
| **AUTOCUIDADOS PARA PERSONAS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS (I): HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE** | | | | | | | | **ON LINE** | | | **10 de mayo al 21 de junio del 2021** | |
| **Datos del solicitante:** | | | | | | | | | | | | |
| **Apellidos:** | | | | | **Nombre:** | | | | | | | |
| Escriba sus apellidos. | | | | | Escriba su nombre. | | | | | | | |
| **Estudios o nivel académico:** | | | **Puesto/Categoría Profesional** | | | | | | | | | |
| Escriba sus estudios realizados. | | | Escriba su profesión. | | | | | | | | | |
| **Categoría:** | | | **Asociación a la que pertenece (en su caso):** | | | | | | | | | |
| **Paciente  Persona Cuidadora o Familiar**  **Otras Categorías** | | | Escriba su Asociación. | | | | | | | | | |
| **Centro de trabajo**: | | | | | | | | | | | | |
| Escriba su centro de trabajo. | | | | | | | | | | | | |
| **Calle:** Escriba su dirección laboral. | | | | | | | **Nº:** Escriba su nº | | **Piso:** Escriba su nº piso | | | **CP:** Escriba su código postal. |
| **Localidad:** Escriba su localidad. | | | | | **Provincia:** Escriba su provincia. | | | | | | | |
| **Teléfono**:  Escriba su nº tfno. de trabajo. | | **Email (Obligatorio):**  Escriba su correo electrónico laboral. | | | | | | | | | | |
| **Dirección para correspondencia:** | | | | | | | | | | | | |
| **Calle:** Escriba su dirección postal. | | | | | | | **Nº:**  Escriba su nº | | | **Piso:**  Escriba su nº piso | | **CP:**  Escriba su código postal. |
| **Localidad:** Escriba su localidad de residencia. | | | | | | **Provincia:** Escriba su provincia. | | | | | | |
| **Teléfono:**  Escriba su nº tfno. fijo. | **Móvil:**  Escriba su nº tfno. móvil. | **Email:**  Escriba su correo electrónico personal. | | | | | | | | | | |
| **Otros cursos o talleres realizados en la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha** | | | | **Otros cursos o talleres realizados sobre enfermedades crónicas y/o autocuidados** | | | | | | | | |
| Detalle los cursos o talleres realizados en la Escuela de Salud y Cuidados C-LM. | | | | Detalle los cursos o talleres realizados en otros centros formativos. | | | | | | | | |
| **Declaro que son ciertos todos y cada uno de los datos contenidos en la presente solicitud de inscripción** | | | | **Firma** | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |

En Escriba su localidad. , a 30 de marzo de 2021.

|  |
| --- |
| **ENVÍO: Las solicitudes deberán ser enviadas por correo electrónico a:** [**escueladesaludycuidados@jccm.es**](mailto:escueladesaludycuidados@jccm.es) |