

CURSO DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO

ORGANIZA / ORGANIZED BY



FICHA DE INSCRIPCIÓN (Alumno On-Line) REGISTRATION FORM (Virtual Classroom)

La cursada on-line se realiza a través de la plataforma E-learning. Por favor, complete este formulario con letra clara en Imprenta mayúscula y envíelo a retinair@saryv.org.ar

The On-Line course will be taught through the E-learning plataform. Please complete this form in clear handwriting using block capitals and submit it to retinair@saryv.org.ar

Nombre y Apellido:

Name and Last Name

Fecha de Nacimiento:

Date of Birth

DNI:

Identity Document

Dirección Particular:

Home Adress

CP:

Zip Code/Postcode

Pais, Provincia y Localidad:

Country, State and City

Telefono Particular:

Home Phone

Celular(Con Código de Area):

Mobile Phone(Include area code)

E-Mail:

Formación en Oftalmología (Adjuntar título de Médico y matrícula profesional escaneada):

Ophthalmology Degree (please attach a scanned copy of your Medical Degree and your Professional License):

Asistencia a un servicio de Oftalmología (Adjuntar carta firmada por Jefe de Servicio escaneado):

Participation in any Departament to Ophthalmology (Please aftach a letter signed by file Head of the Departament of Ophtalmology)

Recuerde adjuntar su CV

Please remember to attach a copy of your CV

Dejo Constancia que este Curso no me otorga Certificado de Especialista ni Titulo de Maestría en Retinopatía del Prematuro.

I hereby confirm to the best of my knowledge that this Advanced Course does not grant a Specialist certification, nor is it a Master's Degree in Retina of prematurity

Fecha:

Date

Firma y Aclaración

Name and Signature