

**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** |