



## SOLICITUD DE ACTIVIDAD DE PRÁCTICAS TUTELADAS DE FORMACION SANITARIA ESPECIALIZADA EN SAMUR - PROTECCIÓN CIVIL

Página 1 de 2

### A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Nº Referencia:

Fecha de entrada:

\* Campos obligatorios

### 1 DATOS DE LA INSTITUCIÓN INTERESADA

\* Nombre: \_\_\_\_\_

\* Tipo vía: \_\_\_\_\_ \* Domicilio: \_\_\_\_\_

\* CP: \_\_\_\_\_ \* Municipio: \_\_\_\_\_ \* Provincia: \_\_\_\_\_

\* Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 2 DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO

\* Nombre: \_\_\_\_\_ \* Apellidos: \_\_\_\_\_

\* Cargo: \_\_\_\_\_

\* Teléfono: \_\_\_\_\_ \* Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 3 PERFIL DEL ALUMNO

Perfil del alumno:  Medicina  Enfermería  Psicología  Otros

\* DNI, NIE: \_\_\_\_\_ \* Nombre: \_\_\_\_\_ \* Primer Apellido: \_\_\_\_\_

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ \* Teléfono: \_\_\_\_\_ \* Especialidad: \_\_\_\_\_

\* Año de residencia: \_\_\_\_\_ \* Periodo de prácticas solicitado: \_\_\_\_\_

### 4 OBSERVACIONES


\* Elijo el correo electrónico como vía de notificación:  Sí  No

\* Acepto las condiciones y política de protección de datos en los términos mencionados en la información básica:  Sí  No

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



### INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA SOLICITUD

- En el apartado primero “**Datos de la institución interesada**”, deberá rellenar, el nombre de la institución, asociación o colectivo al que usted representa, indicando la dirección completa de su sede, así como los teléfonos y/o dirección de correo electrónico para contactar con su institución.
- En el apartado segundo “**Datos de la persona de contacto**”, deberá rellenar, su nombre, cargo o representación dentro de la institución y dirección de correo electrónico y teléfono, con el que la Subdirección General SAMUR - Protección Civil deberá ponerse en contacto con usted para poder formalizar la solicitud de formación.
- En el apartado tercero “**Perfil del alumnos**”, hace referencia al perfil del alumno al que va dirigida la formación, tanto la que tienen como la que están cursando

### DÓNDE ENTREGAR ESTA SOLICITUD

Puede usted rellenarlo y enviarlo por correo electrónico: [rotacionsamur@madrid.es](mailto:rotacionsamur@madrid.es)