|  |  |
| --- | --- |
| Curso/ *Course* |  |
| Nombre/ *Name & Surname* |  |
| Especialidad/ *Speciality* |  |
| DNI-Pasaporte/ *Passport Nr* |  |
| Cent. trabajo/ *Place of work* |  |
| Cargo**1**/ *Position* |  |
| Dirección Trabajo/ *Address* |  |
| Ciudad/ *City* |  | C.P./ *Zip Code* |  |
| Provincia/ *Province* |  | País/ *State* |  |
| Teléfono/ *Phone* |  | Fax: |  |
| E-mail |  |
| C.I.F. |  |
| JEFE DEL SERVICIO: (Nombre y teléfono o e-mail) |
| TUTOR (sólo en caso de residentes): (Nombre y teléfono o e-mail) |
| Dir.Particular/Homme *Address* |  |
| Ciudad/ *City* |  | C.P./ *Zip Code* |  |
| Provincia/ *Province* |  | País/ *State* |  |
| Teléfono/ *Phone* |  | Fax: |  |
| Talla de pijama quirúrgico/ *Surgical Scrub Size* (6-8-10-12) |  |
| Talla de zueco/ *Clog Size* |  |
| ¿Padece alergia a algún alimento? ¿Padece alergia al látex?Do you have any food allergy? Are you allergic to latex? |
| Sí/ Yes |  | No/No |  | Ns-Nc/ Not Certain-Unknown |  |
| En caso afirmativo, especifique / If YES, specify it: |
| OTROS DATOS/ OTHER INFORMATION |
| Factura a nombre de/ *Invoice to* *(Name of the Company or Individual):*Acuerdo CSyPS/CCMIJU |
| Firma V.OB.O Jefe del Servicio Firma V.OB.O del Tutor |