

CURRÍCULUM NORMALIZADO ESTANCIAS FORMATIVAS DEL CECBE

APELLIDOS:				
NOMBRE:				
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO (dd mm aaaa):			
DIRECCIÓN PARTICULAR:				
LOCALIDAD:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:		
FORMACIÓN ACADÉMICA				
DIPLOMATURA/GRADO	CENTRO	FECHA		
POSGRADO	CENTRO			
SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL Y FECHA DE INICIO:				
ORGANISMO:				
CENTRO/FACULTAD/ESCUELA/INSTITUTO:				
DEPT./SECC./UNIDAD ESTR.:				
FUNCIONARIO/ESTATURARIO/CONTRATO EVENTUAL:				
DIRECCIÓN POSTAL:				
TELÉFONO (indicar extensión):			FAX:	
CORREO ELECTRÓNICO:				
ACTIVIDADES ANTERIORES DE CARÁCTER CIENTÍFICO O PROFESIONAL				
<u>FECHA</u>	<u>PUESTO</u>		<u>INSTITUCIÓN</u>	
IDIOMAS				
Inglés	Nivel bajo <input type="checkbox"/>	Nivel medio <input type="checkbox"/>	Nivel alto <input type="checkbox"/>	
	Nivel bajo <input type="checkbox"/>	Nivel medio <input type="checkbox"/>	Nivel alto <input type="checkbox"/>	

Registro Nº

--	--	--	--	--	--

Nombre:

SELECCIÓN DE PUBLICACIONES EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS POR ORDEN CRONOLÓGICO

(Incluir artículos publicados, libros o capítulos de libro y comunicaciones y ponencias que aparezcan en suplementos de revistas científicas o en libros de ponencias con ISBN – **Incluir ISBN**)

AUTORES (por orden de firma):

TÍTULO:

REVISTA:

--

Registro Nº

--	--	--	--	--	--

Nombre:

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

(Relación de proyectos de investigación en desarrollo o finalizados en los que haya participado en los últimos 6 años, financiados por agencias públicas o privadas. Señale brevemente los objetivos principales del proyecto y su papel en el mismo: Investigador/a principal, colaborador/a, etc. – **Aportar justificantes**)

Registro N°

--	--	--	--	--	--

Nombre:

CURSOS DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN (Impartidos y recibidos)
(Indicar número de horas de cada curso impartido y recibido – **Aportar justificantes**)

--



Registro Nº

--	--	--	--	--	--

Nombre:

FORMACIÓN EN PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA
(Indicar número de horas de cada curso realizado – Aportar justificantes)



Registro N°

--	--	--	--	--	--

Nombre:

INTENSIFICACIONES Y PREMIOS DE INVESTIGACIÓN
(Aportar Justificantes)

--



Registro N°

--	--	--	--	--	--

Nombre:

OTRAS ACTIVIDADES DE RELEVANCIA CLÍNICA
(Indicar la actividad, y su papel en la misma - Aportar justificantes)



Registro N°

--	--	--	--	--	--

Nombre:

**ACTIVIDADES EN LAS QUE COLABORA CON EL
CENTRO ESPAÑOL PARA LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA
(Especificar número de horas)**

--