

**SOLICITUD INSCRIPCIÓN CURSO DE FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN DE INSTALACIONES DE
RAYOS X CON FINES DIAGNÓSTICOS**

NOMBRE Y APELLIDOS _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ E-MAIL _____

PROFESIÓN _____ N° COLEGIADO _____

PROVINCIA DE COLEGIACIÓN: _____

ADJUNTO:

- Resguardo ingreso banco
- Fotocopia DNI
- Fotocopia del Título