

# Ficha de Preinscripción



Titulo del Curso de Formación Continua de la UCM

## IX. CURSO DE ESPECIALISTA EN DISCAPACIDAD INFANTIL. DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN

---

### Información del miembro

**Nombre**

**Apellidos**

**Dirección**

**Ciudad**

**Cp**

**Provincia**

**Teléfono**

**Email**

**Especialidad  
Médica**

---

### Hospital o Centro de Trabajo

**Nombre**

**Dirección**

**Ciudad**

**Cp**

**Provincia**

**Teléfono**

---

**Fecha de Preinscripción**