

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL GRUPO DE JÓVENES DE LA SEFF

Nombre:

Apellidos:

Centro de Trabajo:

Dirección:

Email de contacto:

Teléfono de contacto:

Fecha de nacimiento:

Etapas formativas (Predoctoral, Postdoctoral, MIR, post-MIR):

En caso de haber leído la Tesis/ tener Especialidad médica indicar fecha de lectura de la Tesis/obtención de la especialidad MIR/FIR/BIR/QIR:

Lugar, fecha

Firma: _____