
Inscripción a curso Espacio de consultoría en prácticas gerontológicas: Submission #6

cuit

{Empty}

Datos personales

Fecha de nacimiento

20/05/1993 - 00:00

Género

{Empty}

Nivel de estudios alcanzado

{Empty}

Celular (para contactarnos por WhatsApp)

03413724353

Correo electrónico

{Empty}

Ubicación

Domicilio*: GALVEZ JOSE 1987

id_calle: 52650

altura: 1987

distrito: CENTRO

bis: false

idubicacion: <5438665.305464117,6352721.227671267>

x: 5438665.305464118

y: 6352721.227671268

Datos de la inscripción

¿Realizaste el curso de Auxiliar en Cuidados Gerontológicos o cuidador/a?

Sí

Año en el que realizaste el curso:

2024

Lugar en el que realizaste el curso:

Escuela de gerontologia

codigo_gestion

342062-2024

nivel

nombre_apellido

{Empty}

mail

{Empty}

access_token

{Empty}

cod_tramite

938