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

cuit	
Fecha de nacimiento	20/05/1993 - 00:00
Género	
Nivel de estudios alcanzado	
Celular (para contactarnos por WhatsApp)	03413724353
Correo electrónico	
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
¿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
PDF	__pdf.pdf
nivel	
nombre_apelllido	
mail	
access_token	
cod_tramite	938