

---

## Inscripción a curso Espacio de consultoría en prácticas gerontológicas: Submission #7

cuit  
Fecha de nacimiento 06/10/1966 - 00:00  
Género  
Nivel de estudios alcanzado  
Celular (para contactarnos por WhatsApp) 3413689448  
Correo electrónico  
Ubicación **Domicilio\*:** COULIN DR. ROQUE F 2400  
**id\_calle:** 43650  
**altura:** 2400  
**distrito:** SUDOESTE  
**bis:** false  
**idubicacion:**  
<5437613.457280156,6350312.17703751>  
**x:** 5437613.457280156  
**y:** 6350312.17703751

¿Realizaste el curso de Auxiliar en Cuidados Gerontológicos o cuidador/a? No

codigo\_gestion 342090-2024  
PDF [\\_\\_pdf.pdf](#)  
nivel  
nombre\_apellido  
mail  
access\_token  
cod\_tramite 938