Inscripción a curso Espacio de consultoría en prácticas gerontológicas: Submission #21

cuit
{Empty}
Datos norsonalos
Datos personales
Fecha de nacimiento
02/01/1964 - 00:00
Género
{Empty}
Nivel de estudios alcanzado
{Empty}
Celular (para contactarnos por WhatsApp)
3412128096
Correo electrónico
{Empty}

Ubicación Domicilio*: BALCARCE 5040 Letra B **Piso:** 10 Dpto: B id_calle: 28100 **altura:** 5040 letra: B distrito: SUDOESTE bis: false idubicacion: <5437963.017296402,6349374.585012993> **x:** 5437963.017296402 y: 6349374.585012994 Datos de la inscripción ¿Realizaste el curso de Auxiliar en Cuidados Gerontológicos o cuidador/a? Sí Año en el que realizaste el curso: 2000 Lugar en el que realizaste el curso: Hospital Geriátrico Provincial

codigo_gestion

357487-2024

nivel

nombre_apelllido	
{Empty}	
mail	
{Empty}	
access_token	
{Empty}	
cod_tramite	
938	