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

cuit

{Empty}

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_apellido

{Empty}

mail

{Empty}

access_token

{Empty}

cod_tramite

938