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

cuit
Fecha de nacimiento 02/01/1964 - 00:00
Género
Nivel de estudios alcanzado
Celular (para contactarnos por WhatsApp) 3412128096
Correo electrónico
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
Sí
¿Realizaste el curso de Auxiliar en Cuidados Gerontológicos o cuidador/a?
Año en el que realizaste el curso: 2000
Lugar en el que realizaste el curso: Hospital Geriátrico Provincial
codigo_gestion 357487-2024
PDF [__pdf.pdf](#)
nivel
nombre_apellido
mail
access_token
cod_tramite 938