

---

# Inscripción a curso Espacio de consultoría en prácticas gerontológicas: Submission #25

cuit

{Empty}

## Datos personales

Fecha de nacimiento

15/01/1986 - 00:00

Género

{Empty}

Nivel de estudios alcanzado

{Empty}

Celular (para contactarnos por WhatsApp)

3416709262

Correo electrónico

{Empty}

---

## Ubicación

**Domicilio\*:** MONTEVIDEO 684

**id\_calle:** 69100

**altura:** 684

**distrito:** CENTRO

**bis:** false

**idubicacion:** <5440637.407090093,6353806.276637995>

**x:** 5440637.407090094

**y:** 6353806.276637996

## Datos de la inscripción

¿Realizaste el curso de Auxiliar en Cuidados Gerontológicos o cuidador/a?

Sí

Año en el que realizaste el curso:

2021

Lugar en el que realizaste el curso:

Escuela "Dr. Marcos Berezovsky"

codigo\_gestion

410123-2024

nivel

nombre\_apellido

---

---

{Empty}

mail

{Empty}

access\_token

{Empty}

cod\_tramite

938