

---

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

cuit  
Fecha de nacimiento 15/01/1986 - 00:00  
Género  
Nivel de estudios alcanzado  
Celular (para contactarnos por WhatsApp) 3416709262  
Correo electrónico  
Ubicación **Domicilio\*:** MONTEVIDEO 684  
**id\_calle:** 69100  
**altura:** 684  
**distrito:** CENTRO  
**bis:** false  
**idubicacion:**  
<5440637.407090093,6353806.276637995>  
**x:** 5440637.407090094  
**y:** 6353806.276637996

¿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  
PDF [\\_\\_pdf.pdf](#)  
nivel  
nombre\_apellido  
mail  
access\_token  
cod\_tramite 938