Inscripción a curso Espacio de consultoría en prácticas gerontológicas: Submission #29

cuit

{Empty}

Datos personales

Fecha de nacimiento

17/09/1979 - 00:00

Género

{Empty}

Nivel de estudios alcanzado

{Empty}

Celular (para contactarnos por WhatsApp)

03415879551

Correo electrónico

{Empty}

Ubicación

Domicilio*: SALTA 1467
id_calle: 85050
altura: 1467
distrito: CENTRO
bis: false
idubicacion: <5440003.534080081,6355837.918682174>
x: 5440003.534080082
y: 6355837.918682174

Datos de la inscripción

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

Sí

Año en el que realizaste el curso:

2004

Lugar en el que realizaste el curso:

Escuela de enfermería Rosa Carmen All

codigo_gestion

423535-2024

nivel

nombre_apelllido

{Empty}

mail

{Empty}

access_token

{Empty}

cod_tramite

938