

---

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

cuit  
Fecha de nacimiento 17/09/1979 - 00:00  
Género  
Nivel de estudios alcanzado  
Celular (para contactarnos por WhatsApp) 03415879551  
Correo electrónico  
Ubicación **Domicilio\*:** SALTA 1467  
**id\_calle:** 85050  
**altura:** 1467  
**distrito:** CENTRO  
**bis:** false  
**idubicacion:**  
<5440003.534080081,6355837.918682174>  
**x:** 5440003.534080082  
**y:** 6355837.918682174

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