

CURSOS DE FORMACIÓN DE OPERADORES/SUPERVISORES DE INSTALACIONES RADIATIVAS

IMPRESO DE PREINSCRIPCIÓN		
DATOS PERSONALES DEL ALUMNO		
Apellidos y Nombre		
DNI		
Titulación académica		
Teléfono		
Dirección postal		
Dirección de correo electrónico		
DATOS DE LA EMPRESA (Si procede):		
Empresa u organismo		
Dirección		
Teléfono		
Cargo		
CURSO SOLICITADO		
Nivel	Operador	<input type="checkbox"/>
	Supervisor	<input type="checkbox"/>
Campo de aplicación	Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>
	Control de procesos y técnicas analíticas	<input type="checkbox"/>
	Laboratorios de Fuentes no Encapsuladas	<input type="checkbox"/>
	Radiografía Industrial	<input type="checkbox"/>

Fecha: