



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

**HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA
MÁLAGA
COMISIÓN DE DOCENCIA EIR**

DATOS DEL RESIDENTE

(Importante: cumplimentar digitalmente)

APELLIDOS:

NOMBRE:

ESPECIALIDAD:

Nº DE ORDEN EXAMEN MIR:

DNI/NIE/PASAPORTE:

LICENCIADO EN:

Nº DE COLEGIADO/A:

TELEFONO:

NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

MUNICIPIO:

PROVINCIA:

CODIGO POSTAL:

UNIVERSIDAD EN LA QUE HA CURSADO LOS ESTUDIOS:

FECHA INCORPORACION AL HOSPITAL:

E-MAIL: *(no se admite correo Hotmail)*

*En caso de tener alguna especialidad previa, indicar la especialidad, año y donde realizó la formación: _____

Firma del/la especialista en formación _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales obtenidos mediante este documento y demás que se adjuntan o cuya transmisión autoriza, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Comisión de Docencia.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Campus Universitario Teatinos, s/n
Telf: 951 032 000
29010 Málaga