

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE ESCUELAS Y CENTROS FORMATIVOS DE LA UDM DE SALUD LABORAL

[Programa Formativo](#)

[Requisitos acreditación](#)

La cumplimentación de este formulario debe realizarse en el formato Word

1. DENOMINACIÓN DE LA ESCUELA / CENTRO:

Localidad:

Provincia:

Adscrito a: *(Indicar denominación de la Unidad Docente)*

2. CONTENIDO DEL CURSO SUPERIOR EN MEDICINA DEL TRABAJO ⁽¹⁾

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha _____ de (elegir mes) _____ de 20____

(Entidad titular)

Fdo:

⁽¹⁾ *Deberá aportarse en documentación adjunta.*