



Marcar en caso haberse adjuntado el contenido del curso a la solicitud de acreditación

**2. CONTENIDO DEL CURSO SUPERIOR EN MEDICINA DEL TRABAJO**

**1. DENOMINACIÓN DE LA ESCUELA O CENTRO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** | |  | | |
| **Localidad** |  | | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** | |  | | |
| **Entidad titular del dispositivo** | |  | | |

Página 1 de 1

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