

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