

## DATOS DEL EXAMINANDO

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido 1 \_\_\_\_\_  
Apellido 2 \_\_\_\_\_  
Tel. móvil \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_

**ACREDITACIÓN 2025**

**BÁSICO**

**AVANZADO**

## ESTUDIOS

### PREGRADO

Año \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Universidad o institución \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### ESPECIALIDAD

Año \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Universidad o institución \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### POSTGRADO

Año \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Universidad o institución \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### Cursos de Radiofrecuencia o intervencionismo realizados

\_\_\_\_\_

## EXPERIENCIA LABORAL

Hospital donde trabaja \_\_\_\_\_

Unidad de trabajo \_\_\_\_\_

Trabaja en dolor Sí No Dedicación exclusiva a dolor Sí No

Horas dedicadas al dolor a la semana \_\_\_\_\_

Horas de consulta en dolor a la semana \_\_\_\_\_

Horas de técnicas en dolor a la semana \_\_\_\_\_

Número de técnicas intervencionistas a la semana \_\_\_\_\_

Años que lleva trabajando en tratamiento del dolor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de 2025