

DATOS DEL EXAMINANDO

Nombre _____
Apellido 1 _____
Apellido 2 _____
Tel. móvil _____
Email _____
DNI _____ Fecha Nacimiento _____

ACREDITACIÓN 2026

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 2026