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

[**Programa Formativo**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediTrabajo07.pdf)[**Requisitos acreditación**](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/AcreditacionDocente/RequisitoUDSL.pdf)

|  |
| --- |
| 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  de 20

(Entidad titular)

Fdo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) *Deberá aportarse en documentación adjunta.*