



Solicitud de Presupuesto Formación

Solicitante de la formación (información fiscal)

Nombre de la institución			
Dirección			CIF
Ciudad	CP	Provincia	
¿Se imputará al alumno cobro por matrícula?	SI	NO	

Lugar en el que se impartirá la formación

Nombre de la institución		
Servicio		
Lugar en dónde se impartirán las clases teóricas		
Código del CSN de la instalación de RX para las prácticas		
Dirección		
Ciudad	CP	Provincia

Datos de la persona de contacto (Responsable de Formación)

Nombre	
Servicio	Cargo:
Teléfono de contacto	Email:

Características del curso solicitado

Nivel	Número Alumnos	Horario		
Cursos homologados por el C.S.N.				
Operador Radiodiagnóstico General		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Operador Radiodiagnóstico Dental		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Director Radiodiagnóstico General		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Director Radiodiagnóstico Dental		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Cursos acreditados por el Ministerio de Sanidad				
Curso de II nivel en Protección radiológica orientado a la práctica intervencionista				
Alumnos sin Nivel I	Nro. Alumnos	Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Cursos de Formación Continuada (Actualización de conocimientos en Protección Radiológica)				
Grupo A1		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Grupo A2		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Grupo C1		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Grupo C2		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes
Otros (Especificar)		Mañanas	Tardes	Mañanas y tardes

Sello de la institución

Fecha

Firma

Nombre