



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



ENS  **Escuela
Nacional
de Sanidad**

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ACADÉMICA DE LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD

Título Curso *			
Año de realización *			
Lugar de celebración *			
Registrado al folio	nº	Libro de cursos	nº

DATOS PERSONALES

Apellidos *			
Nombre *			
DNI/Pasaporte		E-mail	
Calle/Plaza*		C. Postal *	
Población*		Provincia	
Teléfono *		Móvil	
FAX			
Enviar esta solicitud a: certifica.ens@isciii.es			

Firma del interesado:

Fecha:

NOTA: Los campos marcados con * son obligatorios