

Máster Propio en valoración daño corporal, pericia médica y resolución extrajudicial de conflictos de responsabilidad sanitaria

APELLIDOS

NOMBRE

CURSO ACADÉMICO -

El candidato promete que todos los datos recogidos en este documento son veraces, estando en disposición de justificarlos a petición de la Secretaría Académica de PROMEDE.

Fecha

Firma del candidato

Carta de Bienvenida

Estimado/a amigo/a:

En primer lugar, agradecerle el interés mostrado por el Máster Propio en valoración daño corporal, pericia médica y resolución extrajudicial de conflictos de responsabilidad sanitaria que imparten conjuntamente PROMEDE, la AEDS y la SEVDC.

En estos momentos, usted está inmerso en un proceso de selección junto con otros candidatos, con el objetivo de estudiar a las personas que puedan tener el mejor perfil para el referido Título Propio.

Los candidatos que superen el proceso de selección, se estimará que están plenamente capacitados para aprovechar y superar satisfactoriamente el rigor y exigencia de este programa, todo ello con la clara vocación de PROMEDE, junto con las entidades colaboradoras, por ofrecer una enseñanza de la más alta calidad.

Esta solicitud de admisión constituye, en este momento del proceso de selección, un elemento fundamental para su posible admisión, y será evaluado por el Coordinador del Máster con el máximo detenimiento para evaluarle como candidato. Con ello, le animamos a que en este documento aporte el máximo detalle de toda la información que se le requiere, ya sea relativa a sus méritos y logros académicos y profesionales, como a aquéllos relativos a inquietudes, aspiraciones y motivaciones.

No nos queda más que desearle mucha suerte.

Reciba un cordial saludo,

Pedro Casado de las Heras
Coordinador Máster Propio en VDC, Pericia médica y
Resol. Conflictos de Responsabilidad Sanitaria.



**PRO
MEDE**
PROFESIONALES DE
LA MEDICINA Y EL DERECHO



Datos personales

Apellidos Nombre

Sexo M F

Fecha de Nacimiento NIF o Pasaporte

Nacido en (Ciudad, Provincia, PAÍS)

Domicilio (calle, avenida, plaza) Código Postal

Provincia País

Teléfono Móvil

(país) (prefijo) (número) (país) (prefijo) (número)

Datos profesionales

Empresa

Domicilio (calle, avenida, plaza) Código Postal

Provincia País

Teléfono Móvil

(país) (prefijo) (número) (país) (prefijo) (número)

E-mail

La Secretaría Académica de PROMEDE llevará a cabo sus notificaciones a través de esta dirección e-mail que nos facilite, por lo que es importante que la revise de forma habitual.

Correspondencia

por favor, indíquenos dónde quiere recibir nuestra correspondencia:

- Dirección particular
- Dirección profesional
- E-mail

Formación Académica

Estudios Superiores (Doctorados, Masters, Licenciaturas/Ingenierías/Grados y Diplomaturas/Ing. Téc)

| Titulación | Universidad/Escuela | Año Inicio/Fin |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Programas, Cursos y Seminarios (Formación no reglada)

| Área | Universidad/Escuela | Nº Horas lectivas |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



**PRO
MEDE**
PROFESIONALES DE
LA MEDICINA Y EL DERECHO



Idiomas

Marque lo que proceda (1 mínimo – 5 máximo; LM: Lengua materna)

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|----|
| Español | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | LM |
| Inglés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | LM |
| Francés | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | LM |
| Otro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | LM |

Certificaciones:

Informática

Marque lo que proceda (1 mínimo – 5 máximo)

| | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|
| Excel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Word | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Power Point | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Experiencia Profesional

Empresa actual
Puesto
Antigüedad (mes, año)
Régimen laboral

Sector
N° Personas departamento
Ciudad
Prácticas Autónomo

Fijo Temporal

Describa brevemente su puesto de trabajo, funciones y responsabilidades.

Empresa anterior
Puesto
Antigüedad (mes, año)
Régimen laboral

Sector
N° Personas departamento
Ciudad
Prácticas Autónomo

Fijo Temporal

Describa brevemente su puesto de trabajo, funciones y responsabilidades.



Cuestionario de Motivación y Personalidad

Por favor, responda brevemente, en el espacio al efecto, estas preguntas:

1. ¿Por qué quiere estudiar un Máster?

2. ¿Por qué a través de PROMEDE, AEDS o SEVDC?

3. ¿Por qué este Máster en concreto?

4. ¿Ha solicitado la admisión en algún otro Máster, propio u oficial? Indique, en caso afirmativo, el nombre de los mismos.

5. ¿Qué considera que puede Usted aportar al programa?

6. ¿Cree Usted que debe mejorar alguna cualidad personal o profesional durante el programa?

7. ¿Cuáles son sus aspiraciones...

a. personales?

b. profesionales?

c. económicas?



PROMEDE
PROFESIONALES DE
LA MEDICINA Y EL DERECHO



¿Cómo llegó a conocer Usted las actividades formativas de PROMEDE, AEDS y SEVDC?

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Folletos | <input type="checkbox"/> Seminarios o cursos impartidos por las mismas |
| <input type="checkbox"/> Internet, especificar | <input type="checkbox"/> Información de Antiguos Alumnos |
| <input type="checkbox"/> Prensa, especificar | <input type="checkbox"/> Recomendación de su Empresa |
| <input type="checkbox"/> Ferias, especificar | <input type="checkbox"/> Referencias de amigos y/o compañeros de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Sesión Informativa | <input type="checkbox"/> Visita |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar | <input type="text"/> |

¿Cómo financiará Usted el programa?

- Con recursos personales
- Con financiación externa
- Con recursos de su empresa. ¿Qué porcentaje le financia su empresa? %
- Ayuda o beca. Nombre de la Institución ¿Qué porcentaje le financian? %

¿Tiene referencias de profesionales de PROMEDE, AEDS o SEVDC ?

Sí No

Indíquenos sus nombres

Nombre Programa Año

Nombre Programa Año

Nombre Programa Año

Recomendaciones

Recomendante 1 Nombre y Apellidos

Empresa Puesto

Ubicación de la Empresa (Ciudad, Provincia y País)

Contacto:

Teléfono E-mail

(país) (prefijo) (número)



**PRO
MEDE**
PROFESIONALES DE
LA MEDICINA Y EL DERECHO



Recomendante 2 Nombre y Apellidos
Empresa Puesto
Ubicación de la Empresa (Ciudad, Provincia y País)
Contacto:
Teléfono E-mail
(país) (prefijo) (número)



Documentos que debe acompañar esta Solicitud

(salvo que se hayan entregado ya junto con la Ficha de Solicitud de Plaza)

- Expediente Académico completo (fotocopia compulsada)
- Curriculum Vitae
- Fotocopia del DNI o Pasaporte
- 2 fotografías recientes tamaño carnet

Información sobre datos de carácter personal

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos obtenidos en el proceso de matrícula, han sido incorporados a un fichero bajo la responsabilidad de Profesionales de la medicina y del Derecho (en adelante PROMEDE), con la finalidad de tramitar la misma, gestionar su expediente académico y poder realizar las evaluaciones pertinentes, elaboración de estadísticas, así como la realización de estudios de calidad. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito a PROMEDE, dirección C/ MAGALLANES nº 34 - 28015 Madrid. Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas, así como para ceder sus datos personales a las Fundaciones, Instituciones y Centros, dependientes o vinculados con PROMEDE, AEDS o SEVDC, con finalidades propias de gestión, así como para poder mantenerle informado de sus actividades. Así mismo, se procederá a la cesión de sus datos a aquellas terceras entidades que deban certificar o acreditar las enseñanzas en el que usted se ha inscrito y cursado. En el caso de que curse prácticas profesionales, extra-curriculares u obligatorias, durante el transcurso de sus estudios, solicitamos su consentimiento para la cesión de sus datos a las empresas usuarias para poder gestionar las mismas. Del mismo modo, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, solicitamos el consentimiento para permitir a PROMEDE la reproducción total o parcial de su imagen, captada durante la celebración de nuestros actos y actividades académicos, respetando los derechos reconocidos en dicha norma. Esta autorización y la subsiguiente cesión de derechos es de carácter gratuito y se realiza a los únicos fines de difusión y/o promoción, a través de los canales de comunicación, sitios web y redes sociales

relacionadas con PROMEDE, AEDS o SEVDC.

Autorizo No autorizo



PROMEDE
PROFESIONALES DE
LA MEDICINA Y EL DERECHO



De conformidad con lo establecido en el artículo 11.2. a) de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y su Reglamento de desarrollo, y en virtud de las normas contenidas en el Título VI del Libro I del Código Civil, se informa que los progenitores que sufraguen los gastos educativos de sus hijos mayores de edad tendrán un derecho de acceso, a través de la Secretaría Académica de PROMEDE a la información sobre su asistencia a las actividades académicas regladas, así como a sus calificaciones, en aras de un interés legítimo reconocido legalmente que prevalece sobre el derecho a la intimidad y a la protección de datos de éstos últimos.

Información publicitaria de terceras entidades

En virtud de lo que dispone el artículo 21 de la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, solicitamos su consentimiento expreso para poder enviarle por correo electrónico información relativa a los ámbitos educativo, formativo, académico, universitario y cultural de terceras empresas que hayan llegado a un acuerdo con las entidades organizadoras del Máster Propio.

He leído y acepto recibir información en los términos anteriormente expuestos.

He leído y no acepto recibir información en los términos anteriormente expuestos.

Fecha:

Firma: