**FICHA DE INSCRIPCION AL CURSO DE LECTURAS DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y PSICOPEDAGOGIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

**Nombre:**…………………………………………………………………………………………………………….......................

**Apellidos**:…………………………..……..……………………………………………………………………………………….

**Teléfono fijo:…………………….……**……. **Teléfono móvil**……………………..…………………………………..

**Correo electrónico:**………………………………..@...................................................................................................

**Dirección postal:**

Calle:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Ciudad………………………Provincia…………………………….…...Código Postal:…………………………………

**Profesión:**……………………….….……………………………………………………………………………………………..

**Lugar de trabajo:**……………………….……………………………………………………………………………………...

**Formación en el área de salud mental infanto-juvenil:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**