MÁSTER UNIVERSITARIO ASPECTOS CLÍNICOS Y BÁSICOS DEL DOLOR

Curso 2024-25

Por favor, conteste a las siguientes cuestiones de forma concreta y concisa. Indique sólo los datos relacionados con el dolor. Los cursos deberán haber sido ACREDITADOS por un organismo oficial. Por favor no olvide indicar su **nombre y apellidos.**

Además de este documento, recuerde que debe añadir como documentación, a través de la página web de la solicitud, el expediente académico donde figuren, claramente, sus estudios y la duración de los mismos.

**NOMBRE Y APELLIDOS**:

* **Formación académica: (hasta 25 puntos)**

* + Titulación:

* + Expediente académico:

Se calcula multiplicando las notas obtenidas en cada asignatura por su coeficiente, y se hace la media dividiendo por el número de asignaturas de toda la carrera. (Aprobado: coeficiente 1; Notable: coeficiente 2; Sobresaliente: coeficiente 3; Matrícula de honor: coeficiente 4).

* + Doctorado:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Finalizado (indicar título de la tesis, año de lectura): |
|  |
|  | En curso (indicar título de la tesis, año de lectura): |
|  |

* Formación de postgrado:
	+ - Másteres / Cursos acreditados (indicar los 5 más importantes):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TÍTULO | Universidad /Centro | Fecha | Nº de créditos/ duración |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + - Otros (máximo 3):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TÍTULO | Universidad /Centro | Fecha | Nº de créditos/ duración |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Formación profesional: (hasta 15 puntos)**
	+ Título de especialista:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Finalizado (indicar especialidad y año de finalización):  |
|  |
|  | En curso (indicar especialidad y año de inicio):  |
|  |

* + Cursos profesionalizantes acreditados (máximo 5):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TÍTULO | Universidad /Centro | Fecha | Nº de créditos/ duración |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Actividad profesional: (hasta 25 puntos)**
	+ Actual:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Antigüedad | Centro de trabajo | Puesto/Categoría |
|  |  |  |

* Previa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fechas | Centros de trabajo | Puesto/Categoría |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Actividad investigadora relacionada con el dolor (hasta 20 puntos) (incluya más hojas si le es necesario)
	+ Publicaciones:
	+ Conferencias:
	+ Ponencias invitadas en congresos:
	+ Comunicaciones a congresos:
* **Pertenencia a sociedades científicas o profesionales relacionadas con el ámbito del dolor (hasta 5 puntos)**
	+ Indicar nombre y antigüedad:
* **Otros méritos que desee hacer constar relacionados con su interés, experiencia o trabajo en el campo del dolor (hasta10 puntos)**
* **Indique brevemente los motivos por los que desea realizar este Master (hasta 20 puntos)**
* **Universidad preferente para cursar las asignaturas presenciales de este Máster**

(Este apartado no contabiliza puntos, pero por favor, considere esta respuesta como una decisión vinculante por su parte).

La asignación de plazas para las asignaturas presenciales se realizará en el orden de puntuación y preferencia.

Una vez completado el cupo de alguna de las universidades que las ofertan, las plazas se cubrirán de acuerdo a que el alumno esté dispuesto a desplazarse a la universidad que se le asigne de acuerdo con su puntuación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sólo en Madrid  |  | Sólo en Cantabria |  |
|  |  |  |  |
| Acepto cualquier opción |  |  |
|  |