



ASOCIACION DE VETERINARIOS ESPAÑOLES
ESPECIALISTAS EN PEQUEÑOS ANIMALES

ANEXO I. MODELO de INSCRIPCIÓN

INSCRIPCION PARA LA FORMACION EN LA ESPECIALIDAD

AVEPA - Asociacion de Veterinarios Españoles Especialistas en Pequeños Animales
Paseo San Gervasio 46 - 48, E-7
08022 Barcelona
secre@avepa.org

El formulario de inscripción debe ser remitido a la secretaría de AVEPA, **junto con curriculum vitae actualizado** de su historia profesional (secre@avepa.org).
Esta inscripción podrá solicitarse en cualquier momento del año.

DATOS PERSONALES	
Nombre y Apellidos	
Dirección postal	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

DATOS PROFESIONALES																			
Lugar y año de Graduación																			
Centro de trabajo (Nombre, dirección y teléfono)																			
Tengo una experiencia clínica general acreditable de al menos 4 años	SI <input type="checkbox"/> (marcar con X)																		
Especialidad de formación que solicita (marque con una X)	<table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Anestesia</td><td><input type="checkbox"/> Medicina Interna</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diagnóstico por imagen</td><td><input type="checkbox"/> Neurología</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Emergencias y Cuidados Intensivos</td><td><input type="checkbox"/> Oftalmología</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Etología</td><td><input type="checkbox"/> Oncología</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Exóticos</td><td><input type="checkbox"/> Reproducción</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cardiología</td><td><input type="checkbox"/> Cirugía de Tejidos Blandos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Medicina Felina</td><td><input type="checkbox"/> Traumatología</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Odontología y Cirugía Maxilofacial</td><td><input type="checkbox"/> Dermatología</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rehabilitación y Medicina Deportiva Veterinaria</td><td></td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Diagnóstico por imagen	<input type="checkbox"/> Neurología	<input type="checkbox"/> Emergencias y Cuidados Intensivos	<input type="checkbox"/> Oftalmología	<input type="checkbox"/> Etología	<input type="checkbox"/> Oncología	<input type="checkbox"/> Exóticos	<input type="checkbox"/> Reproducción	<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Cirugía de Tejidos Blandos	<input type="checkbox"/> Medicina Felina	<input type="checkbox"/> Traumatología	<input type="checkbox"/> Odontología y Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/> Dermatología	<input type="checkbox"/> Rehabilitación y Medicina Deportiva Veterinaria	
<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Medicina Interna																		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico por imagen	<input type="checkbox"/> Neurología																		
<input type="checkbox"/> Emergencias y Cuidados Intensivos	<input type="checkbox"/> Oftalmología																		
<input type="checkbox"/> Etología	<input type="checkbox"/> Oncología																		
<input type="checkbox"/> Exóticos	<input type="checkbox"/> Reproducción																		
<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Cirugía de Tejidos Blandos																		
<input type="checkbox"/> Medicina Felina	<input type="checkbox"/> Traumatología																		
<input type="checkbox"/> Odontología y Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/> Dermatología																		
<input type="checkbox"/> Rehabilitación y Medicina Deportiva Veterinaria																			
Años dedicados a dicha especialidad																			
% de tiempo de dedicación a la especialidad (100% = 35 horas)																			



ASOCIACION DE VETERINARIOS ESPAÑOLES
ESPECIALISTAS EN PEQUEÑOS ANIMALES

Socio de Avepa N°	
Miembro de grupo de dicha especialidad (marcar X)	SI <input type="checkbox"/>

PROGRAMA DE FORMACION	
Nombre del Tutor acreditado de su programa de formación	
Dirección postal	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Duración estimada del programa de formación que variará dependiendo del tiempo dedicado	3 años <input type="checkbox"/> 4 años <input type="checkbox"/> 5 años <input type="checkbox"/>
Año estimado de la presentación a la Evaluación	
Fecha y firma del Tutor	

Cuota anual por formación: € 50 + IVA

Cuota de derecho de examen: (gastos de la evaluación): € 400 + IVA en cada convocatoria.

Método de pago: Domiciliación bancaria.

Es responsabilidad del solicitante asegurarse de que esta solicitud es firmada por el supervisor de su programa de formación, así como de realizar el pago correspondiente a la solicitud, y mantenerse informado sobre posibles cambios en las fechas o requisitos del programa mediante la web de avepa.es.

El solicitante autoriza la publicación de sus datos (nombre, apellidos, especialidad a la que solicita acreditación, tutor, y fecha de solicitud) en la web de AVEPA, en el apartado específico sobre el proceso de acreditación.

Fecha y Lugar:

Firma del solicitante: