



## **SOLICITUD PARTICIPACIÓN REDI-RIRES SEMERGEN**

**Nombre:**

**Apellidos:**

**Correo electrónico:**

**Teléfono:**

**Centro de Trabajo:**

**Gerencia a la que pertenece:**

**Población:**

**Provincia:**

**C. Autónoma:**

**¿Es usted médico residente?**

**- Año de Residencia:**

**- Nombre y apellidos del Tutor:**

**¿Tiene usted experiencia en ensayos clínicos?**