

---

## Inscripción a curso Espacio de consultoría en prácticas gerontológicas: Submission #6

cuit	
Fecha de nacimiento	20/05/1993 - 00:00
Teléfono	03413724353
Ubicación	<b>Domicilio*:</b> GALVEZ JOSE 1987 <b>id_calle:</b> 52650 <b>altura:</b> 1987 <b>distrito:</b> CENTRO <b>bis:</b> false <b>idubicacion:</b> <5438665.305464117,6352721.227671267> <b>x:</b> 5438665.305464118 <b>y:</b> 6352721.227671268
¿Realizaste el curso de Auxiliar en Cuidados Gerontológicos o cuidador/a?	Sí
Año en el que realizaste el curso:	2024
Lugar en el que realizaste el curso:	Escuela de gerontologia
codigo_gestion	342062-2024
PDF	<a href="#">__pdf.pdf</a>
nivel	
nombre_apellido	
mail	
access_token	
cod_tramite	938