

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA COMISIÓN DE LACTANCIA
MATERNA**

Por favor, completa este formulario para solicitar tu incorporación a la Comisión de Lactancia Materna del Hospital Universitario Infanta Cristina.

1. Nombre completo:

2. DNI/NIF:

3. Teléfono de contacto:

4. Correo electrónico:

5. Puesto de trabajo que ostentas en HUIC:

6. Área de trabajo (Maternidad, Paritorio, Urgencia pediátrica, Neonatología):

- 7. Adjunta tu Curriculum Vitae abreviado que destaque tu experiencia en lactancia materna y atención materno-infantil, y envíalo a la dirección de correo que especificamos. Incluye un breve resumen de los aspectos más relevantes de tu currículum.**

Al enviar este formulario, aceptas que los datos proporcionados serán utilizados únicamente para el proceso de selección de la Comisión de Lactancia Materna y se tratarán de acuerdo con la normativa de protección de datos vigente.

Fecha límite de envío de solicitudes: 6 de mayo de 2024

Dirección de envío de la solicitud: comisiondelactancia.hsur@salud.madrid.org
