

Sociedad Argentina de Pediatría

**Subcomisión de Lactancia Materna:
PRIMER CURSO INTENSIVO: INICIATIVA CENTRO DE SALUD AMIGO DE
LA MADRE Y EL NIÑO**

FICHA DE PREINSCRIPCIÓN (es importante que usted envíe esta ficha por fax al 4821-8612 o la entregue personalmente en SAP para poder recibir la confirmación de su inscripción)

Apellido y Nombre:Edad:.....

Domicilio:Partido/Ciudad:.....

Provincia:.....

Teléfonos:...../.....Fax:.....E-mail:.....

Profesión

Lugar de Trabajo:.....

Centro de salud [] Consultorios externos [] UAP[] Otro []

Especificar:

Cual es su objetivo al participar de este curso.....

.....

.

Recibió capacitación en Lactancia Materna? Si [] no []

Curso de 40 horas [] curso de 18 horas [] Dónde ?.....

Talleres [] Jornadas [] Congresos []

Experiencia de atención/promoción en Lactancia Materna (especificar)

cargo:.....antigüedad.....

Es enviado y apoyado por su jefe si [] no []

Nombre del jefe.....Tel:.....

En su lugar de trabajo desean comenzar con la Iniciativa Centro de Salud Amigo? si [] no []

Este curso respeta cabalmente al **Código Intenacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**, por lo tanto no acepta ni permite subsidios, becas ni promociones de las empresas fabricantes o distribuidoras de fórmulas, alimentos infantiles, o artículos relacionados con ellos,