

Protección de Datos Personales

De acuerdo con las leyes de Protección de Datos Personales Vigentes en varios países, hemos introducido las siguientes medidas:

1. Los Datos Personales consignados en la Declaración de Educación y Experiencia no pueden ser almacenados en un ordenador.
2. Copias de este documento serán facilitadas a las Autoridades Sanitarias única y exclusivamente en el caso de solicitud de ensayo clínico o de registro de medicamento.

Personal Data Protection

In accordance with the Personal Data Protection laws in force in various countries, we have introduced the following measures:

1. Personal Data entered in the Statement of Education and Experience form may not be stored in the computer.
2. A copy of this document will be made available only to Drug Regulatory Authorities in the event of an application for clinical research or marketing approval.

DECLARACIÓN DE EDUCACIÓN Y EXPERIENCIA

Nombre: María Delfina Papadogoulas

Fecha de Nacimiento: 17 de Abril de 1999 Lugar de Nacimiento: Buenos Aires Nacionalidad: Argentina

Dirección Particular: Lamadrid 635, Bella Vista, San Miguel, Buenos Aires

Teléfono Particular: 113009325 Teléfono Celular: 1130098325 e-mail: investigacionesdelfina@gmail.com

Dirección Profesional: Lamadrid 635, Bella Vista, San Miguel, Buenos Aires

Teléfono Profesional: 1130098325

Número de Matrícula: MN 196872 MP 555885

a) Establecimientos de enseñanza, universidades y escuelas médicas o profesionales a las que ha concurrido.

(Indíquense fechas de concurrencia y de graduación, así como los títulos obtenidos)

a) Colleges, Universities and Medical or other Professional Schools attended

(Indicate dates of attendance, degrees and dates degrees were awarded)

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Marzo 2017 - Marzo 2024

Fecha de graduación: 15 de Marzo de 2024

Título obtenido: Médica

b) Educación Médica o profesional postgrado

(fechas, instituciones y tipos de educación)

b). Postgraduate Medical or other Professional Training

(Indicate dates, names or institutions, and nature of training)

Curso “Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 (R2) de The Global Health Network, Octubre 2024.

c) Experiencia médico asistencial o profesional

(fechas, afiliación a instituciones, tipo de práctica u otras experiencias profesionales)

d) Experience in Medical Practice or other Professional Experience

(Indicate dates, institutional affiliations, nature of practice, or other professional experience)

Médica en el Centro Dermatológico Schejtman. Septiembre 2024 - Presente

Guardias como médica en el Servicio de Clínica Médica en el Hospital Santa María. Septiembre 2024 - Presente

e) Sociedades Profesionales o Académicas

(Indicar nombre de las Sociedades)

e) Professional and Honorary Societies

(Indicate names of societies)

f) Lista de las publicaciones médicas o científicas más importantes

(título de los trabajos, nombre, volumen, número de la página y año de la publicación)

f) Representative List of Pertinent Medical or other Scientific Publications

(Indicate titles of articles, names of publications and volume, page, number and date)