

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.

STATEMENT OF EDUCATION AND EXPERIENCE

Name: María Delfina Papadogoulas

Date of birth: April 17, 1999

Place of birth: Buenos Aires

Nationality: Argentina

Personal Address: Lamadrid 635, Bella Vista, San Miguel, Buenos Aires

Personal Telephone no.: 1130098325
investigacionesdelfina@gmail.com

Celular Telephone: 1130098325

e-mail address:

Professional Address: Lamadrid 635, Bella Vista, San Miguel, Buenos Aires

Professional Telephone no.: 1130098325

Registration Number: 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)

Faculty of medicine, University of Buenos Aires

March 2017 - March 2024

Graduation date: March 15, 2024

Degree obtained: Medical Doctor

- 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)

ICH Good Clinical Practice E6 (R2) course. October 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)

Medical Doctor at the Schejtman Dermatological Center. September 2024 - Present
On-call physician in the Medical Clinic Service at Hospital Santa María. September 2024 - Present

- 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)