



INSTITUTO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN
SINDICATO DE SALUD PÚBLICA
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Fecha:

CURSO / JORNADA A REALIZAR

.....

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

Documento de identidad tipo y número:

Nacionalidad: Sexo: F / M

Estado civil:

Domicilio actual:

Localidad: Teléfono fijo:

Teléfono Celular: C.P:

E-mail: (*letra clara e imprenta*)

ESTUDIOS

Título:

Establecimiento:

Otro título:

DATOS LABORALES

Profesión:

Establecimiento: Localidad:

.....

Firma

.....

Aclaración