



**DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN
FORMACIÓN DOCENTE EN SALUD**

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nº.....

Fecha:...../...../.....

Carrera/Curso:.....

ANTECEDENTES PERSONALES

Apellido (s):.....

Nombre (s):

Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Sexo: Masculino Femenino DNI N°.....

Passaporte N°

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Domicilio Particular:

Calle..... N°..... Piso..... Dto.....

Localidad..... Tel..... e-mail.....

DATOS ACADEMICOS

- Completar todos los Campos

Escuela Secundaria:

Universidad:

Ciudad/ País:

Año de ingreso y fecha de egreso secundaria:

Año de ingreso y fecha de egreso universitaria:

Título o diploma obtenido:

Años cursados:

ANTECEDENTES INSTITUCIONALES/LABORALES

Dependiente del Ministerio de Salud	SI	NO
Cargo/Función que Desempeña		
Antigüedad Región Sanitaria Dependencia		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> DNI N°		
Domicilio Laboral:		
Calle.....N°..... Localidad.....		
Provincia..... Tel..... e-mail.....		
Realiza actividades docentes en su lugar de trabajo	SI	NO
Explicite que actividades docentes realiza		
.....		
.....		
Si no realiza actividades docentes, en que futuras actividades podría o piensa incluirse		
.....		
Como se entero del curso		

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS DESIGNADOS SON VERIDICOS

Lugar:..... Día:..... Mes:..... Año:.....

.....
Firma

DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE TÉCNICOS DE LA SALUD - SECTOR ALUMNADO

Apellido y Nombres:.....

Carrera/Curso:.....

Inscripción N°..... Fecha:/...../.....

SE RUEGA A ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- Original y fotocopia de la primera y segunda hoja del DNI.
- Original y fotocopia del Titulo secundario y/o de grado y/o posgrado.
- Curriculum Vitae.