



Ficha de Identificación Personal Habilitación Control de Accidentes con Gases Combustibles

Nombre de la Institución a la que pertenece:	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	RUT:
E-Mail:	
Dirección Particular:	Teléfono Celular:
Profesión o Actividad:	

Fecha de Ingreso a la Institución:
Cargo Actual:

USO EXCLUSIVO ANB	Resultados del Curso			
	Evaluación Desempeño			Aprobado
				Reprobado
				%
	Taller de Habilitación			
	Evaluación Práctica	Evaluación Contenido	Evaluación Instruccional	Condición
			Aprobado	
			Reprobado	
	%	%	%	

Esta postulación ha sido autorizada por:

(Nombre)
Superintendente Cuerpo de Bomberos

Firma /Timbre

(Nombre)
Coordinador Sede Regional

Firma /Timbre