**Ficha de Identificación Personal**

**Curso Clase F**

**6-7-8 de abril y 14-15 de abril**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución a la que pertenece:** | | | |
| **Apellido Paterno:** | **Apellido Materno:** | | |
| **Nombres:** | | **RUT:** | |
| **E-Mail:** | | | |
| **Dirección Particular:** | | | **Celular\*** |
|  |
|  |
| **Dirección Laboral:** | | | **Telefono** |
|  |
|  |
| **Profesión o Actividad:** | | | |

|  |
| --- |
| **Fecha de Ingreso a la Institución:** |
| **Cargo Actual:** |

|  |
| --- |
| **Fecha a la cual desea asistir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Indique Enfermedad u observaciones:** |

***Esta postulación ha sido autorizada por:***

|  |  |
| --- | --- |
| ...............................................................  ***Firma / Timbre*** ***Coordinador Sede \_\_\_\_ Región*** | …………................................................  ***Firma /Timbre Autoridad C.B.*** |

|  |
| --- |
| …………………….…………………………………..  ***Nombre y Firma Participante*** |