**FICHA DE POSTULACIÓN CURSO VENTILACIÓN EN INCENDIOS**

 **COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_\_**

**COMPLETAR ESTA FICHA Y ENVIARLA**

**NOMBRE COMPLETO:**

**C.I.:**

**GRUPO SANGUINEO:**

**TELÉFONOS DE CONTACTO (Obligatorio)**

**Celular: Domicilio:**

**E-MAIL INSTITUCIONAL DE CONTACTO (Obligatorio):**

 **@cbs.cl**

**EDAD:**

**AÑO DE INGRESO A CBS:**

**AÑO DE APROBACIÓN CURSO BÁSICO:**

**AÑO DE APROBACIÓN CURSO PRIMAP:**

**AÑO DE APROBACIÓN CURSO ENTRADA FORZADA:**

 **MARCAR CON UNA X SI POSTULA COMO CUPO FIJO O SUJETO A CONFIRMACIÓN (Obligatorio)**

**CUPO FIJO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SUJETO A CONFIRMACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**