**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*** |