



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte



FICHA DE INSCRIPCIÓN

CURSO VIRTUAL "PRIMEROS AUXILIOS"

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

--	--	--

1.- DATOS GENERALES

Apellidos:

Nombres:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: (M) (F)

DNI: Estado civil: Nro. De Hijos:

Domicilio:

Dirección:

Distrito:

Referencia para localizarlo:

Correo electrónico: (**SOLO SE ACEPTARA GMAIL**).

Teléfono domicilio: Teléfono de referencia:

Teléfono Móvil: Movistar: RPM: BITEL:

Claro: RPC: ENTEL:

2.- ESTUDIOS

Grado Académico: Profesión:

Institución de Estudios:

Especialidad:

3.- DATOS LABORALES

Entidad Educativa:

Dirección Laboral:

Cargo Actual:

Turno: Situación Laboral: **Nombrado** () **CAS** () **TERCERO** ()

Teléfono de la Entidad:

.....
Firma

Enviar la ficha al correo: ➤ brigadasdirisnorte18@gmail.com