# “Ficha de Inscripción Octavo Curso Básico de Primeros Auxilios”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEDE: Centro de Habilidades y Destrezas en Salud, Edificio La Rotonda, Antigua Escuela de Medicina, San Salvador.** | | | **Fecha de Llenado de ficha:** | Foto reciente |
| **NOMBRE Y APELLIDO (S) SEGÚN DUI: EDAD:** | | | |
| **ESTADO CIVIL:** | | **Dar doble click a las casillas en gris para activar macros**  **SEXO:**   Masculino  Femenino | |
| **FACULTAD/ Institución donde Labora:** |  | | | |
| **DIRECCIÓN LABORAL:** | | | **DIRECCIÓN DOMICILIAR:** | |
| **TELÉFONO OFICINA:** | | | **TELÉFONO DE RESIDENCIA:**  **TELEFONO CELULAR:** | |
| **DIRECCIÓN Electrónica oficial o laboral (e-mail)** | | | **DIRECCIÓN Electrónica personal o alterna (e-mail)** | |
| **Cargo que desempeña en la Facultad o Institución donde Labora :** | | | | |
| **Dar doble click a las casillas en gris para activar macros**  **ESCOLARIDAD APROBADA**  Primaria  Universitaria  Secundaria  Técnica | | | **POR LA NATURALEZA DE SU TRABAJO, HA TENIDO O TIENE ACTIVIDAD DE CARÁCTER DOCENTE:**  SI  NO  ¿Cuántos años? | |
| **HA RECIBIDO CAPACITACIONES PREVIAS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS:**  SI  NO  **Qué Institución impartió dicha capacitación:** | | | **POSEE DIPLOMA O CONSTANCIA DE DICHA CAPACITACIÓN:**  SI  NO | |
| **FAVOR ENVIAR ESTA FICHA A MAS TARDAR EL 28 de enero de 2019**  **REMITIR A: comitedeseguridadrotonda@ues.edu.sv** | | | | |