# “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**  |