



LABORATORIO DE SIMULACION CLINICA

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: _____

Documento de Identificación: _____ De: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Residencia: _____ E-mail: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

ESTUDIOS REALIZADOS

NIVEL	TÍTULO OBTENIDO	UNIVERSIDAD	AÑO	CIUDAD
ACADÉMICO				

INFORMACION LABORAL

Empresa: _____

Cargo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Vehículo _____ Placa _____

Requisitos:

1. Fotocopia tarjeta profesional / carné estudiantil
2. Fotocopia Documento de identidad

PARA ACLS ANEXAR:

3. Fotocopia del carné vigente de BLS

ANEXO (Uso exclusivo FUCS)

-Copia recibo de pago

-VºBº Jefe Postgrados Enfermería - Convenio Docente - Asistencial -

VºBº Autorización descuento (Coordinador Laboratorio):

15% _____ Personal FUCS - HSJ

15% _____ Grupos > 5 personas

10% _____ Convenio Docente - Asistencia

