

**FACULTAD DE SALUD  
INSCRIPCIÓN  
CURSO EN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LA NUEVA ISO  
9001 VERSIÓN 2015 (03 AL 05 NOV-2015)**

**1. DATOS GENERALES:**

\_\_\_\_\_

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)
-----------------	------------------	------------

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Dirección correspondencia: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos:                      fijo: \_\_\_\_\_      móvil: \_\_\_\_\_

**2. TITULO PROFESIONAL OBTENIDO:**

TITULO \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

TITULO \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

TITULO \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**3. EXPERIENCIA (ÚLTIMOS CARGOS O EMPLEOS)**

CARGO \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_  
Período \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_  
Período \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Fecha Inscripción: \_\_\_\_\_ Factura N° \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_