

**CAPACITACION Y DOCENCIA** Pedro Simón Laplace 5749 Esq. Blas Pascal- Villa Belgrano. CP 5000- Tel: 0351-4269200 int.3213 [capacitacioncerro@sanatorioallende.com](mailto:capacitacioncerro@sanatorioallende.com)

**DATOS A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE:**

**DATOS PERSONALES**

Nombre: ..... Apellido: .....  
Fecha de Nacimiento: ..... DNI: .....  
Sexo: F M ..... Nacionalidad: .....  
Domicilio: ..... Localidad: .....  
Provincia/País: ..... Teléfono: .....  
E-mail: .....  
Obra social o prepaga (solo para argentinos): .....  
Contacto en caso de emergencia: .....  
Teléfono: .....

**DATOS DE LA INSTITUCION ESCOLAR A LA QUE PERTENECE**

Institución: ..... Domicilio: .....  
Localidad: ..... Provincia/País: .....  
Código Postal: ..... E-mail: .....  
Teléfono: .....

Fecha de observación \_\_\_\_\_

La documentación debe remitirse con un mínimo de tres meses de anticipación, completa y en un único envío. De lo contrario no podrá darse curso a la evaluación.