

CAPACITACION Y DOCENCIA - Obispo Oro 42, Nueva Córdoba. CP 5000- Tel: 0351-4269285

capacitacion@sanatorioallende.com capacitacioncerro@sanatorioallende.com

DATOS A COMPLETAR POR EL OBSERVADOR:

DATOS PERSONALES DEL OBSERVADOR

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 ACADÉMICOS DEL OBSERVADOR:

Título:..... Universidad:.....
 Especialidad de Residencia:..... Año de Residencia:.....

DATOS DE LA INSTITUCION A LA QUE PERTENECE (si corresponde)

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

SOLICITUD DE OBSERVACION

Servicio/Sector:..... Firma del Postulante:
 Período de observación solicitado
 _____ al _____

IMPORTANTE: En caso de aprobarse la observación, deberá realizar un **Curso de Inducción Obligatorio** acerca del cual se le informará oportunamente.

DATOS A COMPLETAR POR EL SANATORIO ALLENDE

EVALUACION DEL COMITÉ DE CAPACITACION Y DOCENCIA

<input type="checkbox"/> Visto Bueno <input type="checkbox"/> No Aceptado <input type="checkbox"/> Pendiente	Fecha: ____/____/____	Firma y Sello 	Observaciones:
--	------------------------------	----------------------------	----------------