 

**Formulario de Inscripción**

1.-Datos personales:

* Apellido y nombres:………………………………………………………………………………………..
* Documento (tipo y Nº):…………………………………………………………………………………..
* Calle : ………………………………………………………………Nº…………………………………………
* Ciudad:……………….Código Postal:………………….Pcia:…………………..País:……………..
* Teléfono:………………………………………. Celular:………………………………………………….
* Correo electrónico:…………………………………………………………………………………………
* Correo alternativo:…………………………………………………………………………………………

2.-Estudios cursados: (No invalidante para cursar la diplomatura).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3.-Relación con el tema: (Explicite en pocas palabras si la actividad que Ud. Desempeña tiene relación con esta formación).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4.-Expectativas con la diplomatura: (Explicite en pocas palabras sus expectativas con respecto a este espacio de formación y la temática del mismo).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5.-Afiliada/o a ATE o CTA-A?. Que cargo ocupa dentro de la organización? . Espacio donde participa dentro de la organización.

........................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Remitir la inscripción al siguiente correo electrónico:**

**Idepsalud.ateargentina@gmail.com**

**Telefónos de contacto:**

-Marta Galante: 11-44143850

-Lorena Alderete:11-67519071