

FOTO

INSCRIPCIÓN PLAN VACACIONAL MPPPST 2024

Ente:	FECHA:	
	EDAD:	
N° de Planilla:	TALLA DE FRANELA:	

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS:			C.I.N°
SEXO:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	N° TLF. CELULAR (SI LO TIENE):
DIRECCION DE HABITACIÓN:			

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PARTICIPANTE

	SI	NO	DETALLE
¿ES ALÉRGICO A ALGUN MEDICAMENTO?			
¿ES ALÉRGICO A ALGUN ALIMENTO?			
¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿DOLOR DE CABEZA, MAREOS?			
¿ACTUALMENTE RECIBE TRATAMIENTO MÉDICO?			
¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE?			
GRUPO SANGUÍNEO:	INFORMACIÓN ADICIONAL:		

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

NOMBRES Y APELLIDOS:		C.I.N°
N° TELÉFONO CELULAR:	N° LOCAL:	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE:
DIRECCION DE HABITACIÓN:		
DEPENDENCIA DONDE LABORA:		
N° DE EXTENSIÓN:		CARGO O PUESTO DE TRABAJO:

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

CONTACTO 1: NOMBRE Y APELLIDO:	N° DE TELÉFONO:
CONTACTO 2: NOMBRE Y APELLIDO:	N° DE TELÉFONO: