



DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL, URRUTIA 276- PARRAL
DESAMU FONO FAX 73 – 464238 – 465218 dektoparral@tie.cl



PROVINCIA DE LINARES
I. MUNICIPALIDAD DE PARRAL
DEPARTAMENTO DE SALUD
Sección Capacitación

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE CAPACITACION

Fecha : ____/____/____

Nombre	Cargo	Establecimiento

Identificación de la actividad de capacitación	
Nombre de la actividad	
Fecha de realización	
Lugar de realización	
Entidad capacitadora	
Horas de capacitación	
Costo de inscripción	
Modalidad (Presencial, a Distancia)	
Observaciones	

Beneficios esperados para el funcionario y para el Establecimiento al que pertenece, por la asistencia de éste a la actividad de capacitación :

--

NOMBRE Y FIRMA JEFE DIRECTO

FIRMA FUNCIONARIO