

**INSCRIPCIÓN A ROTACIONES PRÁCTICAS -
AUXILIAR DE FARMACIA HOSPITALARIA**

**v.02
2014/04/24**

Fecha: _____

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

C.I.: _____ TEL: _____

E-MAIL: _____

FECHA EN QUE FINALIZÓ LOS MODULOS TEORICOS: _____

ACTIVIDAD LABORAL (opcional)

ACTUAL:

Nombre de la empresa: _____

Rubro: _____

Fecha de Ingreso : _____

Forma de relación laboral (contratado, jornalero, etc.): _____

ANTERIOR:

Por la presente declaro conocer y aceptar el Instructivo de las Rotaciones del curso pre-universitario: Auxiliar de Farmacia Hospitalaria y me comprometo a cumplir con las condiciones establecidas en el lugar de trabajo durante el lapso acordado entre la Institución / empresa y la Facultad de Química.

(Firma y contrafirma)

Constancia de tener el Carné de Salud al día