



Federación Democrática de
Profesionales Universitarios de la Salud
REGIÓN METROPOLITANA

FICHA DE INGRESO

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres: _____

Apellidos: _____

Rut: _____ - ____ Fecha de Nac.: __/__/____ (dd/mm/aaaa)

Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Profesión: _____ Unidad de Trabajo: _____

Calidad jurídica de vinculación: _____

Día: __ Tercer Turno: __ Cuarto Turno: __ Otro: __ especifique: _____

Grado: ____ Permanencia en el grado: _____

Fecha de Ingreso a Fedepus: __/__/____ (dd/mm/aaaa)

Fecha de Ingreso Centro de Salud: __/__/____ (dd/mm/aaaa)

Firma