

**FOMULARIO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA
SALUD INTEGRAL**

"SALUD INTEGRAL PARA EL MAGISTERIO" PARA LOS MAESTROS DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y "SALUD INTEGRAL PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS CON FUNCIONES ADMINISTRATIVAS, QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN"

La información consignada en este formulario será verificada posteriormente por auditorías permanentes.

Nombre y Apellidos Completos: _____

Documento de Identificación personal DPI/CUI: _____

Dirección residencial: _____

Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____

Nombre del Establecimiento o Institución donde labora: _____

Dirección del Establecimiento o Institución _____

Marque la casilla correspondiente:

		Renglón021	Renglón 022	Renglón 011	Renglón 031
<input type="checkbox"/>	Docente				
<input type="checkbox"/>	Administrativo				
<input type="checkbox"/>	Operativo				

No. De Cuenta monetaria: _____

Puesto Funcional: _____

Favor identifique sus beneficiarios para citas médicas, laboratorios y servicio funerario (cónyuge e hijos menores de 24 años en relación de dependencia)

Nombre de su Cónyuge: _____ Nacimiento _____

Nombre de su hijo (a): _____ Nacimiento _____

Nombre de su hijo (a): _____ Nacimiento _____

Nombre de su hijo (a): _____ Nacimiento _____

Nombre de su hijo (a): _____ Nacimiento _____

Confirmando y me doy por enterado (a) que mis padres son beneficiarios únicamente del servicio funerario, por lo cual proporciono los datos correspondientes

Nombre de su Padre: _____ Nacimiento _____

Nombre de su Madre: _____ Nacimiento _____

Lugar y Fecha: _____

Firma