

**COMISION DE APOYO DE PROGRAMAS
ASISTENCIALES ESPECIALES - A.S.S.E.**

FICHA DE IDENTIFICACION

LLENAR A MAQUINA O LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

1	CARGO			2	IDENTIFICACION DEL CARGO								
	Médico			PRESENCIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	RETEN	<input type="checkbox"/>						
3	Nº y NOMBRE U.E.	4	SERVICIO	5	SECTOR	6	HORARIO SEMANAL						
	PROGRAMA UDAs												
7	NOMBRES			APELLIDOS									
8	DOMICILIO:	CALLE		Nº	BLOCK	TORRE	APTO.						
	ENTRE												
9	LOCALIDAD	CIUDAD			DEPARTAMENTO								
10	TELEFONO	CELULAR	11	CORREO ELECTRONICO			12	Nº C.J.P.					
13	CEDULA DE IDENTIDAD												
	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO												
15	ESTADO CIVIL	S	C	D	V	16	SEXO	M	F	17	HIJOS A CARGO	SI	NO
18	SI POSEE UN CARGO PUBLICO INDICAR												
	ORGANISMO												
	Nº DE FUNCIONARIO												
	Indicar si posee Jubilación de Industria y Comercio										SI	NO	
19	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES												

EN CASO DE LOS FUNCIONARIOS DEL M.S.P./A.S.S.E.: EL DIRECTOR DE LA U.E. DECLARA QUE LA FUNCION SERA DESEMPEÑADA EN HORARIO DIFERENTE AL QUE DESEMPEÑA PARA EL M.S.P./A.S.S.E.

Firma y sello del Jefe de Servicio

Firma y sello del Director de la U.E.

FECHA			
-------	--	--	--

SELLO U.E.
