



Departamento de Salud de Parral  
Unidad de Capacitación

## SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

Fecha	Establecimiento
...../...../.....	

### 1.- Identificación del solicitante

RUT	Nombre	Cargo

### 2.- Identificación de la actividad de Capacitación

Nombre de la Actividad

Fecha de Realización	Lugar	Ciudad

Entidad Capacitadora	Modalidad
	<input type="radio"/> Presencial <input type="radio"/> a Distancia

Cantidad de Horas	Costo Inscripción

Observaciones

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

.....  
Firma Funcionario

.....  
Nombre y Firma  
Jefe Directo

.....  
Firma Unidad de Capacitación