



COLEGIO NACIONAL DE TÉCNICOS EN ENFERMERÍA DE CHILE A.G.

Información Personal

NOMBRES

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

RUT - DNI

CORREO ELECTRONICO

FECHA NACIMIENTO

FONO

REGIÓN

COMUNA

DIRECCIÓN

Información Laboral

RECINTO

MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN

DOCUMENTO VOLUNTARIO

Autorizo a la recinto de _____ se me descuenta \$2.000 pesos mensuales, a favor del Colegio Nacional de Técnicos en Enfermería de Chile.

FIRMA

FECHA INGRESO