**Nombre de la Institución**

 Fecha:

***Nombre y Apellidos del Técnico Medio:***

***C.I:***

***Cargo que ocupa:***

 ***Carrera:***

 ***Años de trabajo acumulado:***

***Institutos politécnicos de la Salud, politécnicos de Enfermería o Universidad de Ciencias Médicas donde fue graduado:***

Si es plantilla de la Institución:

Salario que devenga:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y Apellidos del Jefe de Recursos Humanos:**

**Firma y Cuño**

 Ha sido sancionado: SI: No: Motivo:

Está activo: Si: No:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y Apellidos del Jefe Inmediato**

**Firma y Cuño.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Apellidos del Director del Centro**

**Firma y Cuño de la institución.**

**Participación en las actividades:**

**Si está actualizada en el pago de la cotización y Aporte a la Patria:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Apellidos**

**Secretario de Sección Sindical.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Apellidos**

**Secretario de la UJC**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Apellidos**

**Secretario del PCC**