**FICHA DE INSCRIPCION CURSO**

**(Convocatoria FEBRERO 2020)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo** |  |
| **RUT** |  |
| **Unidad y/o Servicio**  |  |
| **Celular** |  |
| **Correo Electrónico** |  |

Yo ……………………………………………………………………………………………………………. Jefe Directo de

……………………………………………………………………………………………………… autorizo su participación

en el curso **“SEGURIDAD DEL PACIENTE. SISTEMA DE REPORTE / FEBRERO”**, en

modalidad de educación a distancia.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vº Bº Jefe Directo | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre y Firma Funcionario |

**NOTAS:**

* Por intermedio de estas firmas, el funcionario se compromete a realizar el curso desde el **lunes 3 al viernes 28 de febrero**. Nota mínima de aprobación: 4.
* Este formulario se puede enviar escaneado a color (en pdf) al correo esteban.sandovalq@redsalud.gob.cl o derivar vía secretaria a Capacitación por conducto regular.
* Cualquier problema con su clave contactar al encargado de la Plataforma, Esteban Sandoval Queirolo, en el mismo correo o en el anexo 327991.

Viña del Mar, ……………………………………………. de 2020