



FORMULARIO DE ADHESIÓN AL PROGRAMA SALUD INTEGRAL

"SALUD INTEGRAL PARA EL MAGISTERIO" PARA LOS MAESTROS DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y "SALUD INTEGRAL PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS CON FUNCIONES ADMINISTRATIVAS, QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN"

La información consignada en este formulario será verificada posteriormente por auditorías permanentes.

Nombre y Apellidos Completos: _____
Documento de Identificación personal DPI/CUI: _____
Dirección residencial: _____
Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____

Nombre del Establecimiento o Institución donde
labora: _____

Dirección del Establecimiento o Institución _____

Marque la casilla correspondiente:

	Reglón021	Reglón 022	Reglón 011	Reglón 031
<input type="checkbox"/> Docente				
<input type="checkbox"/> Administrativo				
<input type="checkbox"/> Operativo				

No. Partida presupuestaria: _____

No. De Cuenta monetaria: _____

Puesto Funcional: _____

Favor identifique sus beneficiarios para citas médicas y laboratorios (cónyuge e hijos menores de 24 años en relación de dependencia)

Nombre de su Cónyuge: _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre de su hijo (a): _____

Favor identifique sus beneficiarios para Servicios Funerarios incluyendo a su cónyuge, hijos menores de 24 años en relación de dependencia y padres del docente o administrativo

Nombre de su Cónyuge: _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre de su hijo (a): _____

Nombre de su Padre: _____

Nombre de su Madre: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma

NOTA: Sírvase adjuntar Voucher del último pago de salario.