

## REGISTRO NACIONAL DE CUIDADORES DOMICILIARIOS

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## DATOS PERSONALES

NOMBRE/S: \_\_\_\_\_

APELLIDO/S: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

GÉNERO AUTOPERCIBIDO: FEMENINO  FEMENINO TRANS (MARQUE CON UNA X) MASCULINO  MASCULINO TRANS 

OTRO: \_\_\_\_\_

PROVINCIA DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

BARRIO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO UNICO (DNI): \_\_\_\_\_



FOTO 4x4

## DATOS DE FORMACIÓN / ORGANIZACIÓN FORMADORA

TÍTULO OBTENIDO: \_\_\_\_\_

AÑO DE FORMACIÓN: \_\_\_\_\_ CARGA HORARIA DEL TÍTULO(HS): \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO DE LA ORGANIZACIÓN FORMADORA: \_\_\_\_\_

¿PERTENECÉS A ALGUNA COOPERATIVA DE TRABAJO DE CUIDADORES/AS DOMICILIARIOS/AS?

¿CUÁL?: \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en este formulario son correctos, completos y que lo he confeccionado sin falsear ni omitir ninguno.

Declaro bajo juramento que he leído y aceptado los términos y condiciones que se encuentran publicadas en: <http://registoncd.senaf.gob.ar/Terminos/TerminosyCondicionesOnLine.pdf>

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL/A POSTULANTE

LUGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_