

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN****CURSO TRABAJO EN ALTURAS****Espacio para ser diligenciado por SAFETY S.A.S.****CONTROL REQUISITOS DE INGRESO Y EGRESO**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Copia documento de identidad - (mayor de edad)            | <input type="checkbox"/> |
| 2. Soporte de afiliación a salud (contributivo o subsidiado) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Exámen médico de salud ocupacional                        | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mujeres, no estar en estado de embarazo                   | <input type="checkbox"/> |

¿Admitido? Si  No 

En caso de no ser admitido, motivo:

**Espacio para ser diligenciado por la persona en formación y entrenamiento****DATOS PERSONALES**

<b>Tipo de Identificación</b>	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	<b>Número documento de identidad</b>	
<b>Nombre Completo</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
			<b>Edad:</b>
<b>Teléfono Fijo o Celular:</b>			<b>Tipo de sangre:</b>
			G.S. RH
<b>Correo electrónico:</b>			
<b>Dirección</b>	<b>Comuna:</b>		
<b>Nombre y telefono de persona contacto:</b>			

**NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICA Y LECTOESCRITURA**

<b>Estudios realizados:</b>	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Educación Superior <input type="checkbox"/>
<b>Último año o semestre de estudio cursado:</b>	<b>¿Sabe leer?</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<b>¿Sabe escribir?</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN LABORAL**

<b>Dependiente:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Empresa dónde labora:</b>	
<b>Independiente:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Teléfono de la Empresa:</b>	
<b>Labor que desarrolla:</b>			

**CONDICIONES FÍSICAS Y DE SALUD**

1. Alergias:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	_____
2. Consumo reciente de medicamentos:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	_____
3. Lesiones recientes:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	_____
4. Cirugías recientes:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	_____
5. Enfermedades actuales:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	_____
6. ¿Se encuentra bajo efecto de sustancias psicoactivas?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	_____
7. ¿Presenta alguna condición física o de salud que le genere restricción para realizar trabajos en alturas?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?	_____
8. Si es mujer, responda: ¿Está en estado de embarazo o sospecha estarlo?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		

Firma  
CC

Nota: Los documentos solicitados deben ser entregados en físico