FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En representación de la compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cédula jurídica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador del documento de identidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito reservar los siguientes espacios de capacitación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO | IDENTIFICACION | PERFIL DE PUESTO | TIPO DE CURSO | FECHA DE CAPACITACION |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Requisitos**

Entidad Bancaria donde se deposito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comprobante de Pago N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Póliza de Riesgos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para completar la inscripción, debe enviar la documentación solicitada para cada participante a:**[**ingrid.picado@ehscostarica.com**](mailto:ingrid.picado@ehscostarica.com) **ó nelsy.barrantes@ehscostarica.com** **, antes de 24 horas de su inducción.**