**Datos del Sistema Solidario de Salud**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del SSS** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Provincia** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Localidad** | Haga clic aquí para escribir texto. |

**Datos del Inscripto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido y Nombres** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Fecha de Nacimiento** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Sexo:** | **Femenino** [ ]  **Masculino** [ ]  |
| **Tipo/ N° Documento** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Cargo/Ocupación** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **e-mail** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Teléfono fijo****(SIN PUNTOS NI GUIONES)** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Celular****(SIN PUNTOS NI GUIONES)** | Haga clic aquí para escribir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **COMENTARIOS** | Haga clic aquí para escribir texto. |

***Importante: Completá por favor todos los ítems y envíalo a*** ***capacitación@rascomra.com.ar*** ***y a la brevedad posible te remitiremos usuario y clave al mail que nos informaste para que puedas iniciar las actividades.***