**Salud y Participación en APS  
 para Dirigentes Comunitarios**

# Ficha de inscripción

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Dirección |  |
| E-Mail |  |
| Teléfono |  |

|  |
| --- |
| Institución u organización en la que representa o participa |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Cuál es su trayectoria como dirigente social en salud? |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Qué motivaciones tiene respecto del curso? |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Cuáles serían sus expectativas o temas que espera que contenga este curso? |
|  |