

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha: / /

Apellido y Nombre: _____

DNI N°: _____

Afiliada/o SSRA N°: _____

Afiliada/o OSSEG N°: _____

Empresa: _____

Correo electrónico: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____

Franja horaria para poder contactarlos: _____

Idioma a cursar: _____

Favor marcar con una (X) que tipo de cursada va a realizar:

ZOOM

PRESENCIAL

IDIOMA 365 - 3 MESES

IDIOMA 365 - 12 MESES

* Todos los campos son obligatorios

Una vez completa la solicitud, guarde el archivo
y envíelo como archivo adjunto a capacitacion@ssra.org.ar

SUBSECRETARÍA DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

San Martín 665, 5° Piso – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correo electrónico: capacitacion@ssra.org.ar – Sitio Web: www.sindicatodelseguro.com.ar