

	<b>PLANILLA DE INSCRIPCION</b>				<b>FECHA INSCRIPCION</b>			<b>Nº AFILIADO</b>			
					<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>				
<b>01. DATOS PERSONALES</b>											
<b>NOMBRES / APELLIDOS</b>					<b>Nº Cedula o Pasaporte</b>						
					<b>V</b>	<b>E</b>					
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>Nº. DE HIJOS</b>		<b>NIETOS/BIZNIETOS</b>		
<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>		<b>FEM</b>							
				<b>MASC</b>							
<b>TELEFONO HABITACION</b>			<b>TELEFONO CELULAR</b>		<b>CORREO ELECTRONICO:</b>						
0295-			04								
<b>TIPO DE SANGRE</b>		<b>A/B/AB/O</b>	<b>SELECCIONE Y SEÑALE:</b>			<b>POSITIVO</b>		<b>NEGATIVO</b>			
<b>02 DIRECCION DE HABITACION</b>											
<b>CALLE O AVENIDA. EDIFICIO O CASA.</b>					<b>SECTOR</b>						
					<b>URBANIZACION:</b>						
<b>CIUDAD DONDE VIVE:</b>				<b>CON QUIEN VIVE</b>		<b>TIENE VEHICULO</b>		<b>SI</b>			
<b>MUNICIPIO:</b>								<b>NO</b>			
<b>03. CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA</b>											
<b>NOMBRES/APELLIDOS 1</b>					<b>TELEF. HAB.</b>		<b>CEL.:</b>				
<b>NOMBRES/APELLIDOS 2</b>					<b>TELEF. HAB.</b>		<b>CEL.:</b>				
<b>04. PROFESION U OFICIO. TRABAJO ACTUAL</b>											
<b>PROFESION</b>		<b>OFICIO QUE DESEMPEÑA</b>			<b>TRABAJA ACTUALMENTE</b>			<b>DONDE TRABAJA</b>			
					<b>SI</b>		<b>NO</b>				
<b>EN QUE USA SU TIEMPO LIBRE</b>			<b>CUANTO TIEMPO SEMANAL PUEDE DEDICAR A ASOMAYOR</b>				<b>JUBILADO</b>				
							<b>PENSION</b>				
<b>05. PARTICIPACION VOLUNTARIA EN PROGRAMAS DE ASOMAYOR. MARCAR X</b>											
<b>INVESTIGACIONES SOCIALES</b>			<b>MEDICINAS</b>			<b>APOYO ESPÌRITUAL</b>					
<b>EN ALIMENTACION</b>			<b>ARTE Y DIBUJO</b>			<b>GASTRONOMIA</b>					
<b>ROPERO ASOMAYOR</b>			<b>CANTO</b>			<b>DEPORTES</b>					
<b>PLAYA Y VIDA</b>			<b>CULTURA</b>			<b>TALLERES</b>					
<b>JUEGOS DE MESA</b>			<b>TEATRO</b>			<b>IDIOMAS</b>					
<b>COMPUTACION</b>			<b>BIBLIOTECA</b>			<b>LECTURA</b>					
<b>MUSICA</b>			<b>CORAL</b>			<b>ENSEÑANZA EDUCATIVA</b>					
<b>06. ENFERMEDADES. ALERGIAS Y DISCAPACIDAD</b>											
<b>ENFERMEDAD 1</b>			<b>ENFERMEDAD 2</b>		<b>ENFERMEDAD 3</b>		<b>TIPOS DE ALERGIA</b>				
<b>DISCAPACIDAD 1</b>			<b>DISCAPACIDAD 2</b>			<b>POSEE SEGURO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>		
						<b>ASEGURADOR:</b>					
<b>07. DATOS DE LA AFILIACION</b>											
<b>DONDE LLENO LA PLANILLA</b>			<b>RESPONSABLE DE ASOMAYOR</b>			<b>FIRMA DEL AFILIADO</b>					
<b>INTERNET</b>		<b>FOTOCOPIA</b>									
<b>ANEXAR FOTOCOPIA DE SU CEDULA DE IDENTIDAD</b>											