



REGISTRO DE PRESTADORES

M. P. N° _____ Apellido y Nombre _____ Profesión _____
D.N.I. N° _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio Particular

Calle _____ Barrio _____
Localidad _____ Departamento Provincial _____ Correo
Electrónico de contacto: _____ Teléfono Fijo: _____
Teléfono Celular: _____

Domicilio Laboral

Calle _____ Barrio _____ Tel.: _____
Localidad _____ Departamento Provincial _____

Asistencia en Nivel II y III.....O SI..... O NO

En caso positivo, indique los lugares: _____

Observaciones: _____

Lugar y Fecha _____

Firma y sello del Prestador