LISTADO DE RECURSOS HUMANOS

Nombre de Agrupación o Empresa: _____

Hoja _____ **de** _____

NO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	EDAD	TELÉFONO	TIPO DE SANGRE	ALERGIAS	ENFERMEDADES CRONICAS Y SERVCIOS MEDICOS CON QUE CUENTA	CARGO Y/O ACTIVIDAD

Nombre y Firma del Director y/o Representante legal _____