

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 SERVICIOS MEDICOS CON QUE CUENTA	CARGO Y/O ACTIVIDAD
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Nombre y Firma del Director y/o Representante legal _____

