FORMULARIO EXAMEN AUDIOMETRÍA

ADMISIÓN CHOFER MANTENCIÓN AUTOMOTRIZ

N.º Postulante | | | | | |

RUN.: ..... - ..... Fecha nacimiento: / /

Nombre completo: .....
(Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno)

RESULTADO EXAMEN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Nombre completo del Médico)

.....
(Firma del Médico)

N.º Registro Colegio Médico: .....

Teléfonos: .....
(Código área y N.º Telefónico)

En: .....
(ciudad donde está firmando, día, mes, año)