|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** | **SOLICITADO POR:** |
| **NOMBRE DEL POSTULANTE:** |
| **Día:** | **Mes:** | **Año:** | **AREA:** | **CARGO:** |

**EXAMEN FISICO**

**EXAMEN DE VISIOMETRIA**

**EXAMEN DE AUDIOMETRÍA**

 **EXÁMENES DE LABORATORIO**

**EXAMEN PSICOLOGICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DEL RESPONSABLE SST:** | **ENTREGADO:** |