

<b>POSTULACION CURSO DE CAPACITACION PARA PROFESIONALES DE ORGANIZACIONES DE USUARIOS DE AGUAS.</b>	Llenado interno		
	Folio		Puntaje

Nombre					
Hombre		Mujer		Edad	
RUT		Profesión			
Comuna		Región			
Celular o teléfono		Correo electrónico			
Nombre del cauce donde ejerce (río o canal), en caso de que proceda					
Entidad que patrocina la postulación					

Número de años en que ha sido profesional de su organización, canal o Junta de Vigilancia	
---	--

¿Ha participado en algún curso de capacitación de la CNR?	Marque con una X		En caso de que su respuesta sea <u>Si</u> , nombre en el recuadro de abajo el o los cursos realizados.
	No	Si	

Mencione sus expectativas. Describa lo que usted espera de este curso:

Indique si solicita alguna alimentación diferenciada (vegana, vegetariana, sin lactosa, sin gluten u otra necesidad)	
Informe si padece alguna enfermedad crónica que requiera atención (enfermedad cardiaca, epilepsia, diabetes, hipertensión,...)	