



N° DE REGISTRO _____

REGISTRÓ DE ADOLESCENTE TRABAJADOR Y TRABAJADORA

DATOS DEL / LA ADOLESCENTE

Nombres y Apellidos		
C.I.N°	Fecha Nacimiento	/ /
Edad:		
Dirección:		
N° de Examen Médico Realizado en CORPOSALUD:		

DATOS DE ESTUDIO

Institución donde cursa o cursó estudios:	
Dirección:	Teléf.:
Horario de Clase:	Grado de Instrucción

DATOS DEL PADRE, MADRE Y/O REPRESENTANTE

Nombre y apellido del PADRE:	
N° C.I.	Teléfono:
Dirección:	
Nombre y apellido del MADRE:	
N° C.I.	Teléfono:
Dirección:	
Nombre y apellido del REPRESENTANTE:	
N° C.I.	
Dirección:	

DATOS DEL / LA PATRONO O PATRONA

Nombre de la Empresa:	
Dirección :	Teléfono:
Cargo a ser Desempeñado:	Sueldo:
Horario de Trabajo:	Fecha de Ingreso: /
/	
Nombre del Patrono o Supervisor Inmediato:	
Cargo:	
Observaciones:	

CPG N°12

