|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud | | DD |  | | MES |  | AÑO | |  | | |
| 1. **DATOS LABORALES** | | | | | | | | | | | |
| Apellidos  Nombres  Dependencia  Cargo de trabajo  Funcionario \_\_\_\_\_ Contratista \_\_\_\_\_  Tiempo que lleva en la empresa. Años Meses  Nombre del jefe inmediato  Teléfono oficina y/o extensión | | | | | | | | | | Espacio para la foto | |
| 1. **DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | |
| Cédula No. Estatura (cm.) Peso (Kg) Grupo Sanguíneo y Rh  Fecha de nacimiento: Dirección Residencia:  Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono Fijo: Celular: Estado civil:  EPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ARL (solo para contratistas):  En caso de accidente avisar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **3. EXPERIENCIA PREVIA EN BRIGADAS O GRUPOS DE SOCORRO** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del grupo o Brigada | | | Entidad o empresa | | | | Cargo en el grupo | | | | Tiempo de permanencia |
|  | | |  | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | |  |
| **4. CAPACITACIONES RECIBIDAS RELACIONADAS CON LA BRIGADA** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del curso | | | | Tiempo de duración | | | | Institución | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
| **5. ACTIVIDAD FÍSICA DEL BRIGADISTA** | | | | | | | | | | |
| Deporte practicado | | | Intensidad semanal (días) | | | | Tiempo de práctica (horas) | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| **6. ESTADO DE SALUD** | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene alguna condición física o médica que pueda limitar su desempeño como brigadista? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| En caso de que su respuesta sea **S**I, especifique cuáles: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Usa anteojos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ Por qué \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

Al ser aceptado como integrante de la Brigada de Emergencias hago constar:

* La información que he suministrado es completa y verídica.
* Mi participación en la Brigada de Emergencias es voluntaria.
* Me queda claro que la empresa no está obligada al pago de remuneración alguna por mi participación en la brigada.
* Cuando termine mi participación en la Brigada de Emergencias, me comprometo a devolver los elementos entregados como parte del equipo de un Brigadista.
* Asistiré obligatoriamente a las actividades de capacitación y entrenamiento programadas para la brigada.
* Al actuar en caso de una emergencia en mi empresa, no sobrepasaré mis capacidades, conocimientos y formación recibida como brigadista.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL BRIGADISTA |