|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |