

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha:    /    /

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI N°: \_\_\_\_\_

Afiliada/o SSRA N°: \_\_\_\_\_

Afiliada/o OSSEG N°: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Localidad / Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Franja horaria para poder contactarlos: \_\_\_\_\_

Idioma a cursar: \_\_\_\_\_

\* Todos los campos son obligatorios

Una vez completa la solicitud, guarde el archivo  
y envíelo como archivo adjunto a [capacitacion@ssra.org.ar](mailto:capacitacion@ssra.org.ar)

**SUBSECRETARÍA DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL**

San Martín 665, 5° Piso – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Correo electrónico: [capacitacion@ssra.org.ar](mailto:capacitacion@ssra.org.ar) – Sitio Web: [www.sindicatodelseguro.com.ar](http://www.sindicatodelseguro.com.ar)