



**PROMOTOR(A) DE SALUD
INSTRUCTOR DE PROMOTOR(A) DE SALUD
Registro para Formación**

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Domicilio: _____

Telefono (casa): _____ **Telefono (otro):** _____

Email: _____

Centro de AHEC: _____

Nivel de Educación: _____ **Diploma de Escuela Secundaria** _____ **Colegio o Universidad**
_____ **Escuela Técnica o Profesional**

Para la aplicación de: _____ **Promotor(a)** _____ **Instructor de Promotor(a)**

Idioma Principal: _____

Otros idiomas con fluidez: _____

Trabajo Voluntario: _____

Habilidades Especiales: _____

Empleador: _____ **Posición:** _____

Dirección del Empleador: _____

Presente todas las formas y los pagos a:
*Coastal AHEC
PO Box 2
La Marque, TX 77568
409-933-3107 (fax) or cellison@cahectx.org*