



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

“Año 2011 Buenos Aires Capital Mundial del Libro”

ANEXO II

Formulario de Registro del CEI en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Institución:	
Director de la Institución:	
Dirección:	Teléfono / fax:
Correo electrónico (e-mail):	

Nombre de cada miembro	Edad	Sexo	Profesión/o cupación	Posición en el CEI	Relación con la institución	Horas semanales asignadas por el Director al CEI
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						

<i>Reuniones del comité</i>		
Día:	Hora:	Periodicidad:
Lugar de reunión:		

<i>Atención al público</i>	
Nombre del/la administrativo/a:	
Días	Horario

<i>El CEI cuenta con:</i>			
	SÍ	NO	Compartido
Libro de actas			
Reglamento			
POE			
Teléfono			
Fax			
Computadora			
Acceso a Internet			
Secretaría			
Sala de reunión (o acceso a la misma)			
Armario para protocolo con seguridad			

Nombre y Apellido del Presidente del CEI*:.....

Firma:
.....

Nombre y Apellido del Director del Establecimiento:.....

Firma:.....

Fecha:
.....