# ***Curriculum Vitae***

## ***DATOS PERSONALES***

**Nombre:** Diego Fernando
**Apellido:** Pérez
**Edad:** 28
**Fecha de nacimiento:** 18/02/1993
**Domicilio:** Calle monseñor fagnano casa 943
**Estado Civil:** Soltero
**Numero de celular:** +54 9 2804-869283
D.N.I: 37.395.468

## Estudio

Primaria completa, Esc 196
Secundaria, Cursando Actualmente, en un Mes y Medio Ya Termino toda la Secundaria

## Experiencias laborales

●Bachero En Mitsu Karaoke (Ex Dueño, Aleja y Miguel Greco)
●Bachero En El Boliche Mala (Ex Dueño Natalia y Adrián)
● Trabajo Independiente En Un Servicio De Catering – Mozo (Sin Bandejeo)
●Pasantía en Primitivos

## ***Habilidades***

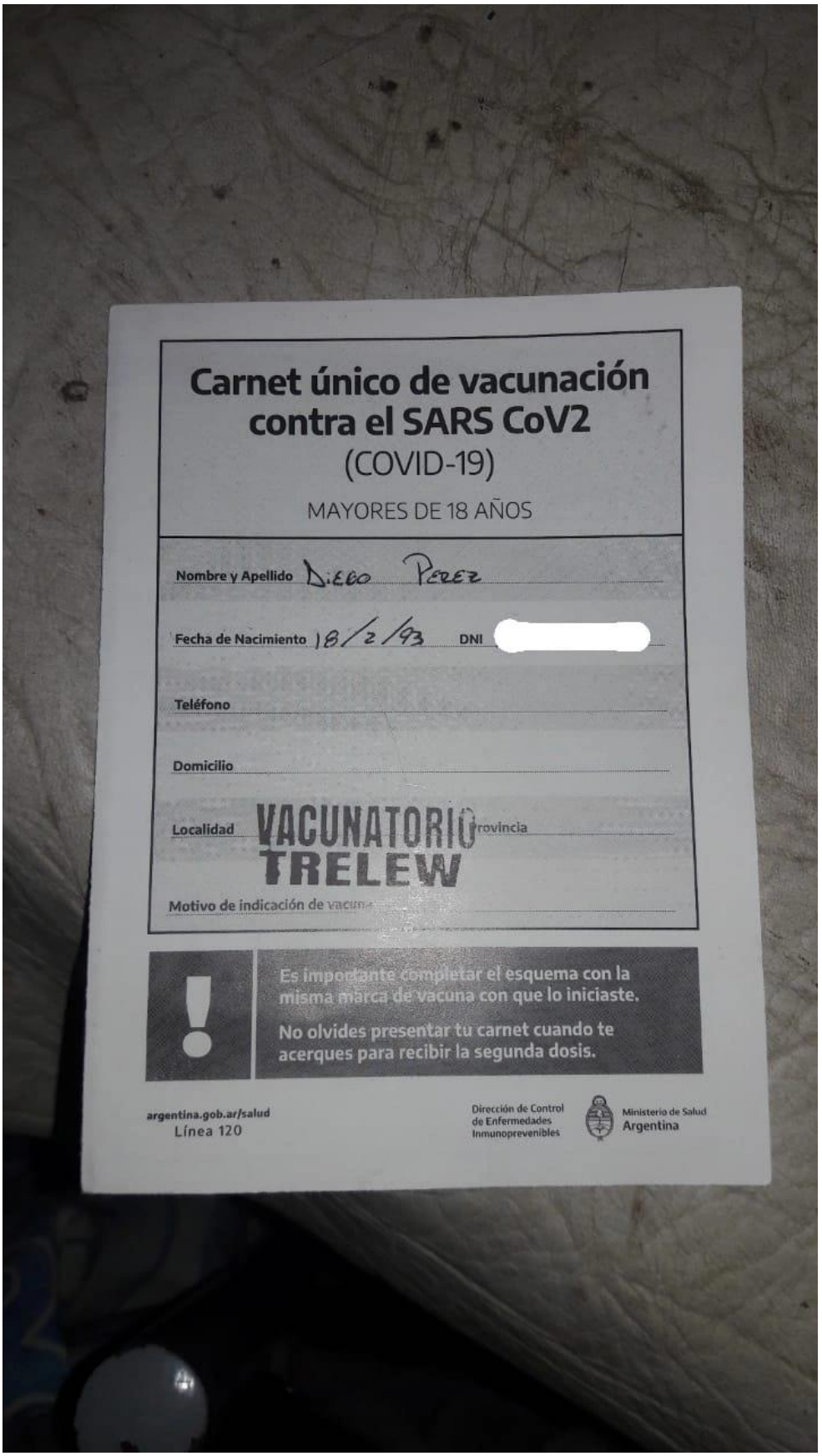
●Me Desempeño Muchísimo En El Trabajo y Predispuesto Aprender, Para Sumar Más Experiencia
●Soy Cinturón Negro En Taekwondo – Segundo Dan. Con Diploma Nacional E Internacional – Actualmente Entrenando Para Superarme Día a Día

## ***Curso***

●Manipulación De Alimentos
●Panadería

●Cuento Con La Libreta Sanitaria (a Renovar)
●Cuento Con Las 2 Dosis De Vacunación (Al Final del Documento estarán Las Fotos del Carnet)

Horario: Full Time



# Carnet único de vacunación contra el SARS CoV2
## (COVID-19)

MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido DIEGO PEREZ

Fecha de Nacimiento 18/2/93 DNI [redacted]

Teléfono

Domicilio

Localidad VACUNATORIO TRELEW Provincia

Motivo de indicación de vacuna

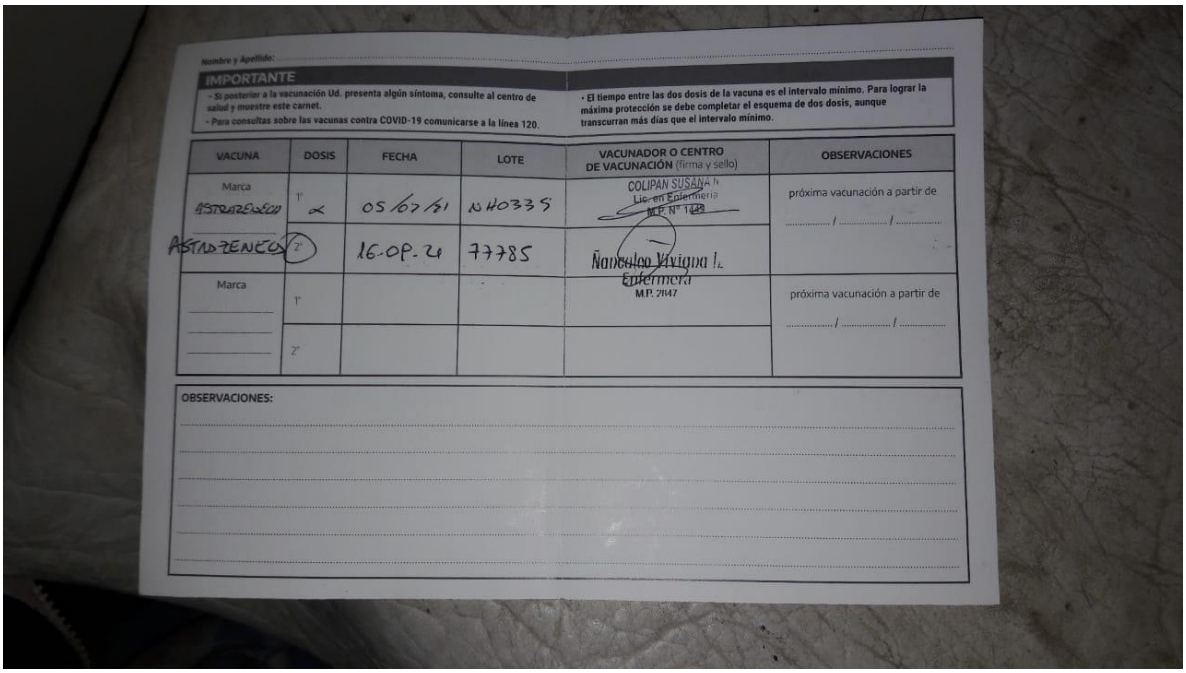
Es importante completar el esquema con la misma marca de vacuna con que lo iniciaste.

No olvides presentar tu carnet cuando te acerques para recibir la segunda dosis.

argentina.gob.ar/salud
Línea 120

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Ministerio de Salud Argentina



Nombre y Apellido: .....

**IMPORTANTE**

- Si posterior a la vacunación Ud. presenta algún síntoma, consulte al centro de salud y muestre este carnet.
- Para consultas sobre las vacunas contra COVID-19 comunicarse a la línea 120.

• El tiempo entre las dos dosis de la vacuna es el intervalo mínimo. Para lograr la máxima protección se debe completar el esquema de dos dosis, aunque transcurran más días que el intervalo mínimo.

| VACUNA | DOSIS | FECHA | LOTE | VACUNADOR O CENTRO DE VACUNACIÓN (firma y sello) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| Marca ASTRAZENECA | 1° | 05/07/21 | AH0335 | COLIPAN SUSANA N. Lic. en Enfermería M.P. N° 1129 | próxima vacunación a partir de ...../...../..... |
| ASTRAZENECA | 2° | 16-09-21 | 77785 | Nanculao Virginia L. Enfermera M.P. 2147 | |
| Marca _____ | 1° | | | | próxima vacunación a partir de ...../...../..... |
| _____ | 2° | | | | |

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....