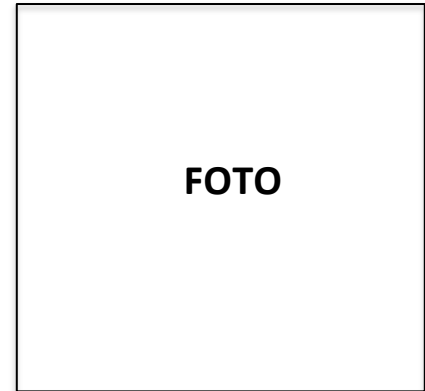


## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Talleres - Diplomados - Seminarios - Cursos Libres

### Datos Personales del Solicitante

1. Apellido Paterno:
2. Apellido Materno:
3. Apellido de Casada:
4. Nombres:
5. Sexo: Masculino  Femenino
6. Fecha de Nacimiento   
Día-Mes-Año
7. Lugar de Nacimiento:  Nacionalidad:
8. Identificación: DPI:  Pasaporte N°:
9. Domicilio Permanente:
- Calle y Número:  Zona:
- Colonia:  Ciudad:
- Código Postal:  Departamento:
- País:
10. Teléfono Casa:  Celular:  E-mail:
11. Número del NIT:



Código de Estudiante\*:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### Datos de los estudios que desea cursar en la Universidad InterNaciones

12. Fecha de Inicio del Programa:
13. Programa al que solicita Admisión:

\* Nota: Campos que serán llenados por personal de la Universidad.

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Talleres - Diplomados - Seminarios - Cursos Libres

---

14. Campus en donde desea estudiar:

15. Motivo por el que desea ingresar a la Universidad InterNaciones:

16. Motivo por el cual selecciona este Programa:

### Datos para la Plataforma Moodle

17. Nombre del Usuario:

Su cuenta será abierta con este nombre. Como CLAVE se asignará el mismo. Posteriormente podrá ingresar y cambiar la CLAVE.

### Datos relacionados con los estudios cursados y el trabajo

18. Estudios de Diversificado

Centro de estudios:

Título o Diploma obtenido:

Estudios Superiores (universidad o similar):

1. Institución:

Título, Diploma, Otro:

Fecha:

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Talleres - Diplomados - Seminarios - Cursos Libres

2. Institución:

Título, Diploma, Otro:

Fecha:

3. Institución:

Título, Diploma, Otro:

Fecha:

19. ¿Está trabajando actualmente? Si:  NO:

En caso afirmativo:

Empresa:

Dirección:  Telf:

Puesto:  Año de Ingreso:

Jefe Inmediato:

### Salud del Solicitante

20. Estado General de Salud del Solicitante

¿Tiene alguna discapacidad visual? Si:  No:

¿Tiene alguna discapacidad auditiva? Si:  No:

¿Tiene alguna discapacidad en el habla? Si:  No:

¿Tiene alguna otra discapacidad física? Si:  No:

¿Ha sufrido lesiones graves por accidente? Si:  No:

¿Ha sido operado? Si:  No:

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Talleres - Diplomados - Seminarios - Cursos Libres

Si su respuesta a una o más de las preguntas es afirmativa, especifique el tipo de padecimiento, las causas y las fechas correspondientes.

(Ejemplos: Astigmatismo, corregido con anteojos desde 1989. Fractura de brazo, caída en 1990)

¿Ha sido internado en algún establecimiento de salud mental? Si:  No:   
En caso afirmativo, diga ¿cuándo y por cuánto tiempo?

¿Ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades?

(Alergias, Amebiasis, Asma, Diabetes, Corazón, Riñones, Epilepsia, Fiebre Reumática, Hepatitis, Hernia, Paludismo, Pleuresía, Poliomielitis, Sida, Sífilis, Tuberculosis, Otras)

Si:  No:

En caso afirmativo, indique fechas y estado actual:

¿Está sometido a algún tratamiento médico como consecuencia de alguna de las enfermedades anteriores? Si:  No:

En caso afirmativo, especifique:

21. Tipo de sangre:  Factor RH: +  -

22. En caso de Emergencia: Médico:  Telf:

Llamar a:  Telf:

