

“TECNICO AUXILIAR EN _____”

FECHA: _____ CÓDIGO: _____ MATRICULA No _____

DATOS PERSONALES:

ESTRATO: _____



NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ EPS: _____

C. C. O T.I No. _____ DE: _____

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

ENFERMEDAD QUE PRESENTA: _____ RH: _____

ALERGICO A: _____ MEDICAMENTOS QUE TOMA: _____

MEDIO DE PUBLICIDAD: Afiches Directorio Aviso Fachada Feria Amigo

Volantes Página Web correo Otros _____

EDUCACION Y APTITUDES

NIVEL ACADÉMICO	NOMBRE INSTITUCIÓN	ÚLTIMO AÑO CURSADO O SEMESTRE	AÑO	CIUDAD
PRIMARIA				
SECUNDARIA				
OTROS				

INDIQUE RAZONES POR LAS CUALES QUIERE ESTUDIAR EL PROGRAMA DE _____:

SEMESTRE _____ JORNADA: MAÑANA NOCTURNA SABADOS

HISTORIA LABORAL

EMPRESA O ENTIDAD DONDE TRABAJA: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

CARGO QUE DESEMPEÑA: _____

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ OCUPACION: _____

TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____

NOS COMPROMETEMOS A CUMPLIR Estrictamente con los reglamentos y la disciplina del centro de capacitación CEFAP DE LA CARACAS, ESTIPULADO EN EL MANUAL DE CONVIVENCIA. PROGRAMA AUXILIARES EN _____.

Acepto que los datos personales suministrados e imágenes sean enviados a los entes gubernamentales y a las entidades con las que CEFAP DE LA CARACAS tiene convenio y su uso será para fines académicos.

FIRMA DEL ALUMNO
C. C. No