



Año Académico _____

DATOS DEL CURSO A SOLICITAR

Título del curso:

Tipo de superación:

Diplomado

Curso

Seminario

Entrenamiento de Posgrado

Entrenamiento

Asesoría

Curso de Posgrado

Taller

Otro servicio docente

Fecha prevista:

Horario:

Créditos:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre(s) y apellidos:

Sexo: M__ F__

Dirección particular:

No. De Identidad:

Teléfono particular:

Correo electrónico:

Profesión:

Año de graduación:

Cuadro:

Sí__ No__

Labor que desempeña:

Años de experiencia:

Reserva:

Sí__ No__

Cargo:

Institución:

¿Por qué le interesa recibir este curso?

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

Centro que solicita:

Dirección:

Organismo:

Teléfono del área de capacitación:

Correo electrónico:

DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO QUE SOLICITA

Nombre(s) y apellidos:

Firma y cuño:

Cargo:

Teléfono: