



DATOS DEL CURSO A SOLICITAR

Título del curso:		
Tipo de superación:		Fecha prevista:
<input type="checkbox"/> Diplomado	<input type="checkbox"/> Curso	<input type="checkbox"/> Seminario
<input type="checkbox"/> Entrenamiento de Posgrado	<input type="checkbox"/> Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Asesoría
<input type="checkbox"/> Curso de Posgrado	<input type="checkbox"/> Taller	<input type="checkbox"/> Otro servicio docente
		Horario:
		Créditos:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre(s) y apellidos:		Sexo:
		M__ F__
Dirección particular:		Edad:
Teléfono particular:	Correo electrónico:	
Profesión:	Año de graduación:	
Labor que desempeña:	Años de experiencia:	
Cargo:	Cuadro:	Reserva:
	Sí__ No__	Sí__ No__
¿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:	