**FICHA DE INSCRIPCIÓN CURSO DE CAPACITACIÓN**

**CURSO XXXXXX**

**Cod.Int :**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES ACADÉMICOS** | |
| **NOMBRES:** |  |
| **APELLIDOS:** |  |
| **RUT:** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** |  |
| **TELEFONO CONTACTO:** |  |
| **Nº CELULAR:** |  |
| **MAIL:** |  |
| **DIRECCIÓN:** |  |
| **COMUNA:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN INSTITUCIÓN / UNIDAD ACADÉMICA:** | |
| **NOMBRE INSTITUCIÓN:** |  |
| **LABOR QUE REALIZA:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES ACADÉMICOS (Marque con una X según corresponda)** | |
| **Educación Básica** | **Educación Media** |
| **Universitaria** | **No Registra** |

|  |
| --- |
| **Indique brevemente el objetivo de participar en curso:** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Indique cómo se enteró del curso:** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si UD Trabaja , Responda a Continuación** | | | | | | | | |
| **Sistema Turno** | | | | | | **En que horarios te acomoda mas estudiar** | | |
| **5x2** | **4x3** | **7x7** | **6x1** | **otro** | **Cuando comienza tu turno** | **Mañana** | **Tarde** | **Noche** |
|  |  |  |  |  | **Fecha:** |  |  |  |

Esta ficha debe ser llenada y enviada al mail contacto@clustercapacitacion.cl o entregada en Camarones 4302