**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE DEL PROGRAMA DE POSGRADO: | Ingrese el nombre completo del programa |
|  |
| **DATOS PERSONALES** |
| Apellido Paterno: | Ingrese su apellido paterno |
| Apellido Materno: | Ingrese su apellido materno |
| Nombres: | Ingrese su nombre |
| Nro. de Documento de Identidad: | Ingrese su número de Documento de identidad |
| Nacionalidad: | Ingrese su nacionalidad |
| Edad: | Ingrese su edad |
| Fecha de nacimiento: | Ingrese su fecha de nacimiento |
|  |
| **DATOS DE RESIDENCIA** |
| País: | Ingrese su país de residencia | Ciudad: | Ingrese su ciudad de residencia |
| Calle / Avenida: | Ingrese sus datos de dirección |
| Zona: | Ingrese la zona de residencia. | N° | Número de su domicillo |
| Teléfono fijo: | Ingrese su número de teléfono fijo |
| Celular: | Ingrese su número de celular | Casilla Postal: | Ingrese el número de su casilla postal |
| Email: | Ingrese su correo electrónico |
|  |
| **DATOS LABORALES** |
| Institución / Empresa / Otro | Ingrese el nombre de la institución donde trabaja |
| Calle / Avenida: | Ingrese sus datos de dirección laboral |
| Zona: | Ingrese la zona de residencia. | N° | Número de su dirección laboral |
| Teléfono: | Teléfono fijo laboral | Interno: | Número de interno laboral |
| Fax: | Número de fax laboral. | Casilla Postal: | Número de su casilla postal laboral |
| Email empresarial: | Ingrese su correo electrónico laboral |
| **EXPERIENCIA LABORAL** |
| Nombre de la Institución | Fecha Inicio | Fecha Conclusión | Cargo |
| Institución donde trabajó | Fecha de inicio | Fecha de conclusión | Cargo que desempeñó |
| Institución donde trabajó | Fecha de inicio | Fecha de conclusión | Cargo que desempeñó |
| Institución donde trabajó | Fecha de inicio | Fecha de conclusión | Cargo que desempeñó |
| Institución donde trabajó | Fecha de inicio | Fecha de conclusión | Cargo que desempeñó |
|  |
| **ESTUDIOS REALIZADOS** |
| Título obtenido | Año | Lugar |
| Ingrese el título obtenido | Año de titulación | Universidad o Instituto |
| Ingrese el título obtenido | Año de titulación | Universidad o Instituto |
| Ingrese el título obtenido | Año de titulación | Universidad o Instituto |
| **PAQUETES O PROGRAMAS QUE MANEJA** |
| Nombre del paquete o programa: | Ingrese el nombre del programa o paquete. | Nivel: | Elija el nivel de conocimiento |
| Nombre del paquete o programa: | Ingrese el nombre del programa o paquete. | Nivel: | Elija el nivel de conocimiento |
| Nombre del paquete o programa: | Ingrese el nombre del programa o paquete. | Nivel: | Elija el nivel de conocimiento |
|  |
| Indique si con anterioridad cursó un programa de educación distancia |  |  |
| En caso afirmativo mencione el nombre del programa, el año y la institución donde desarrolló el programa a distancia | Ingrese el nombre del programa, el año y la institución donde fue desarrollado |
| Plataformas Virtuales utilizadas: | Elija un elemento | Disponibilidad de tiempo diaria para educación a distancia | Ingrese su disponibilidad de tiempo diario |

|  |
| --- |
| Ingresar fecha de presentación |

Es cuanto comunico a la Universidad Andina Simón Bolívar para fines de inscripción y registro académico, en fecha: