 INSTITUTO DE CIENCIAS APLICADAS A LA SALUD Y LA CONDUCTA

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN DIPLOMADO EN TERAPIA DE JUEGO**

|  |
| --- |
|  *NOMBRE;* |
|  |
| *FECHA DE NACIMIENTO;* | ***LUGAR DE NACIMIENTO;*** | ***EDAD;*** | ***SEXO*** |
|  |  |  |  |
| *RESIDENCIA ACTUAL;* | ***MUNICIPIO;*** | ***ESTADO;*** |
|  |  |  |
| *COLONIA;* | ***CALLE;*** | ***NUMERO INT.*** | ***NUMERO EXT.*** |
| *CÓDIGO POSTAL;* |  |  |  |
| *DATOS PERSONALES* |
| *CORREO ELECTRÓNICO;* | ***TELÉFONO DE CASA;*** | ***TELEFONO CELULAR;*** |
|  |  |  |
| *OTRAS REDES SOCIALES;* |  |
| *FORMACIÓN ACADEMICA* |
| *PROFESIONISTA;* |  | ***ESTUDIANTE\**** |
| *( )* |  | ***( )*** |
| *SITUACIÓN LABORAL* |
| *LABORA ACTUALMENTE;* | ***NOMBRE DE LA INSTITUCION;*** | ***TELEFONO Y/O DOMICILIO DE LA INSTITUCION;***  |
| *SI**( )* | ***NO******( )*** |  |  |

|  |
| --- |
| *Documentación a entregar;* |
| *1 Fotografía Tamaño Infantil b/n o Color* |
| *1 Copia CURP* |
| *1 Copia Acta de Nacimiento* |
| *1 Copia de Título/ Cédula o Acta de Exámen de Recepción.*  |
| *\*1 Copia de Constancia de Estudios o Credencial de Estudiante* |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Nombre y Firma del Inscrito.**