Formulario de Matriculación

 (Una vez llenado, guarde en su PC y enviar como archivo adjunto a: callcenter@escuelapsi.org)

|  |
| --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** |
|  |
| **Indique con una “X” la modalidad elegida** |
| Semi Presencial |  | Virtual |  | A Distancia |  | In House |  |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
|  |  |  |
| Correo Electrónico | Doc. Identidad  |
|  |  |
| Región / Departamento | Provincia | Distrito |
|  |  |  |
| Ciudad | Lugar o Zona de trabajo |
|  |  |
| Dirección Domiciliaria |
|  |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | Nivel de Instrucción | Profesión/Ocupación |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **TRABAJO ACTUAL** (sino tiene actividad laboral dejarlo en blanco) |
| Organismo o Institución | Función o rol |
|  |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA LABORAL** (último trabajo: opcional) |
| Organismo o Institución | Cargo / Puesto / Rol |
|  |  |
| Principales Funciones |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **¿TIENE UD. EXPERIENCIA EN LA TEMÁTICA DEL CURSO?** (opcional) |
| Señalar el programa o proyecto, así como la institución. En todo caso, el nombre del curso, tema o materia que estudio. |
|  |

|  |
| --- |
| **¿QUÉ EXPECTATIVAS TIENE AL PARTICIPAR EN EL CURSO O DIPLOMATURA ELEGIDA?** |
|  |