Formulario de Matriculación

(Una vez llenado, guarde en su PC y enviar como archivo adjunto a: [callcenter@escuelapsi.org](mailto: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?** |
|  |