

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CURSOS, DIPLOMAS Y TECNICATURAS



Fecha: ____ / ____ / ____

Aplica a: _____

Perteneciente al área: _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos: _____ Nombres: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): ____ / ____ / ____ Género: F M

Nº Documento de Identidad: _____ Tipo: Cédula Pasaporte Otro

Lugar de Nacimiento: Ciudad _____ Depto./Prov./Estado: _____ País: _____

Posee nacionalidad uruguaya: Si No Estado civil: _____

Domicilio actual: _____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Depto./Prov./Estado: _____ País: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

¿Trabaja? ¿Dónde? _____

Mutualista. ¿Cuál? _____ Emergencia móvil. ¿Cuál? _____

¿Toma alguna medicación? ¿Cuál? _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Tel. en caso de emergencia: _____

2. ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Sobre la última institución educativa a la que concurriste:

Educación media Terciaria no universitaria Universitaria

Institución: _____

Tipo de institución: Pública Privada

Período de asistencia: Desde (mm/aaaa): _____ Hasta (mm/aaaa): _____

Carrera: _____ Último año aprobado: _____

Otros estudios

Área: _____ Institución: _____

Área: _____ Institución: _____

Idiomas Escrito Hablado

	Avanzado	Intermedio	Básico	No	Avanzado	Intermedio	Básico	No
Español	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inglés	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Portugués	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Francés	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otro:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Informática Avanzado Intermedio Básico No

Office: Word o similar _____

Excel o similar _____

Powerpoint o similar _____

Internet y correo electrónico _____

Otros programas: ¿cuáles? _____

3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Adjuntar fotocopia de cédula de identidad

4. DECLARACIÓN

De conformidad a la Ley 18331 de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data. Declaro que los datos suministrados son verdaderos y fieles; asimismo me obligo a notificar en forma fehaciente cualquier modificación que los mismos experimenten, teniéndose como válidos los mismos hasta tanto no notifique el cambio.

Por su parte Claeh declara que los datos suministrados quedarán incorporados en una base de datos, lo cual será procesado con las medidas de seguridad necesarias para evitar alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas para las que han sido solicitados. El responsable de la base de datos es Claeh y la dirección donde podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión es en Zelmar Michelini 1220, teléfono (598) 2900 7194, e-mail: claeh@claeh.org.uy

Firma:

Aclaración de firma:

6. INFORMACIÓN FINANCIERA PARA ADMINISTRACIÓN

Información de responsable de pago de cuotas. Todo plan de pago deberá ser aprobado por Administración.

En caso de ser persona física:

Apellidos: _____ Nombres: _____
Nº Documento de Identidad: _____ Tipo: Cédula Pasaporte Otro
Domicilio actual: _____
Ciudad: _____ Depto./Prov./Estado: _____ País: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

En caso de ser una empresa:

Razón social: _____ Nombre fantasía: _____
RUT: _____ Domicilio actual: _____
Ciudad: _____ Depto./Prov./Estado: _____ País: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____
Representante de la empresa: Apellidos: _____ Nombres: _____
Nº Documento de Identidad: _____ Tipo: Cédula Pasaporte Otro:

7. INFORMACIÓN DE CONTROL DEL ÁREA

Fecha: / / .

Presentó documentación requerida:

Fotocopia del documento de identidad

Firma por el área:

Aclaración de firma: