FORMULARIO INSCRIPCION CURSOS ESPECIALES

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Tipo y N° Documento_____

Dirección: _____ Localidad_____

Código Postal: _____ Teléfono Particular: _____.

Provincia: _____ Nacionalidad:_____

E-mail:_____@_____

Nivel educativo: **PRIMARIO** **SECUNDARIO** **TERCIARIO** **UNIVERSITARIO**

COMPLETO EN CURSO INCOMPLETO

TÍTULO/S_____

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE_____

E-MAIL INSTITUCIONAL_____@_____

TELÉFONO DE LA INSTITTUCION_____.

COMPAÑÍA DE SEGURO_____N° PÓLIZA_____

AUTORIZACIóN

Se autoriza al B.V.__ _____ a realizar _____a dictarse por el C.C.P., avalando los datos arriba declarados.

ALUMNO
Firma

JEFE DE CUERPO ACTIVO
Firma y sello

PRESIDENTE
Firma y Sello