



FECHA

SOLICITUD ACCION FORMATIVA

1-CURSO SOLICITADO: _____
2-HORARIO DISPONIBLE MAÑANA TARDE NOCHE FINES DE SEMANA

DATOS PERSONALES

3- APELLIDOS _____ 4- NOMBRES _____
5- APODO _____ 6- CÉDULA O PASAPORTE _____ 7- SEXO M F
8- ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A DIVORCIADO/A UNION LIBRE
9- DIRECCIÓN _____
10- PROVINCIA _____ 11- CIUDAD _____
12- MUNICIPIO _____ 13- SECTOR/BARRIO _____
14- TELEFONOS: RESIDENCIAL _____ MÓVIL _____ OTRO _____
15- FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ 16- EDAD _____
17- LUGAR DE NACIMIENTO _____
18- CORREO ELECTRONICO _____
19- ¿ES USTED UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD? SI NO
EN CASO AFIRMATIVA, ESPECIFIQUE CUÁL: AUDITIVA MOTRIZ VISUAL INTELECTUAL

DATOS EDUCACIONALES

20- ESTUDIA EN LA ACTUALIDAD: SI EN QUE HORARIO _____ NO
21- NIVEL DE EDUCACIÓN: (MARCAR EL ÚLTIMO CURSO APROBADO EN LA EDUCACION FORMAL)
SABA LEER Y ESCRIBIR
EDUCACIÓN BÁSICA GRADO _____
EDUCACIÓN MEDIA GRADO _____
UNIVERSIDAD INCOMPLETO NIVEL _____ CARRERA _____
UNIVERSIDAD COMPLETAO PROFESIÓN _____

DATOS LABORALES

22- SITUACIÓN LABORAL: EMPLEADO DESEMPLEADO BUSCANDO EMPLEO
TRABADOR POR CUENTA PROPIA JORNALERO (CHIRIPERO) TRABAJADOR EMPRESA FAMILIAR
RELLENA SOLO SI ES EMPLEADO
23- NOMBRE DE LA EMPRESA _____ 24- TELÉFONOS: _____
25- OCUPACIÓN O PUESTO QUE USTED DESEMPEÑA ACTUALMENTE: _____
26- HORARIO DE TRABAJO: _____
27- ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA: _____

INFORMACION IMPORTANTES

TODOS LOS SOLICITANTES

Deben anexar fotocopias de:

- Cédula de Identidad y Electoral o Pasaporte
- Documentación que avale nivel de Escolaridad
(Siempre que el programa de formación exija escolaridad de 8vo.curso)

Firma Solicitante

Para ser rellenado por el personal autorizado

Recibido por: _____ Fecha: _____

Persona Responsable del Centro: _____