

Formulario de Inscripción para Candidatos al Programa de Certificado ECCRD

Los candidatos deben completar el formulario de inscripción y enviar electrónicamente a la dirección de correo electrónico: info@ecc-rd.org

Este documento debe ser impreso y firmado para ser presentado el primer día de clases



A. Información General

A1. Primer y segundo nombre

A2. Apellidos

A3. Documento de Identidad

A4. Fecha de Nacimiento

A5. Edad

A6. Lenguaje Nativo

A7. Segundo Lenguaje

B. Contacto

B1. Dirección

B2. País

B3. Ciudad

B4. Provincia / Estado

B5. Código Postal

B6. Número de Teléfono

B7. Número de Móvil / Celular

B8. Fax

B9. Correo Electrónico

B10. Correo Electrónico Alternativo

F. Intereses Académicos

F1. Cursos certificados de mi interés ofrecidos por **ecc}RD**

--

G. Referencias

G1. Último Trabajo (referencia verificable)

--

G2. Dirección

--

G3. Ciudad

G4. País

--	--

G5. Provincia / Estado

G6. Código Postal

--	--

G7. País

G8. Fecha

--	--

G9. Contacto

G10. Teléfono

--	--

H. Cuestionario

Conteste las siguientes preguntas

H1. Por qué está interesado en los cursos?

--

H2. ¿Cómo se conoció acerca del curso?

--

H3. ¿Por qué ha escogido esta especialidad?

--

H4. ¿Cuáles son sus planes profesionales a futuro?

--

H5. ¿Está Ud. Enterado del precio de éste curso en el exterior?

Sí	No
----	----

H6. ¿Existe alguna persona o institución que le financiará el curso?

--

H7. ¿Se encuentra usted bajo algún tratamiento médico?

Sí	No
----	----

H8. ¿Se compromete a pagar los costos del curso en las fechas establecidas?

--

Al llenar y estampar mi firma en esta ficha de inscripción, como postulante al Curso arriba descrito, entiendo que constituye para todos los efectos legales en Declaración Jurada en lo relacionado con la veracidad de la información suministrada y un compromiso de pago asumido, en el caso que la misma sea aprobada.

Firma del solicitante (Versión impresa únicamente)

--

Fecha:

--