** **

**INSCRIPCIÓN AL CURSO DE CAPACITACIÓN EN**

 FOTOGRAFIÁ

 **“SEGURIDAD, SOBERANÍA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL”**

(\* Datos Obligatorios)

**DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **\* NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:**  |  |
| **Nombre para el registro:**(Cual nombre y apellido emplea más) |  |
| **\* CEDULA O PASAPORTE** |  |
| **NACIONALIDAD** |  |
| **\* FECHA DE NACIMIENTO** |  |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** |  |
| **GÉNERO:** |  |
| **ESTADO CIVIL:** |  |

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **\* CALLE PRINCIPAL Y NUMERO** |  |
| **CALLES SECUNDARIAS** |  |
| **\* BARRIO** |  |
| **\* PARROQUIA** |  |
| **\* CIUDAD**  |  |
| **\* PROVINCIA** |  |
|  |  |

**TELÉFONO/EMAIL:**

|  |  |
| --- | --- |
| **\* TELÉFONO RESIDENCIAL** | **593-** |
| **TELÉFONO RESIDENCIAL** | **593- EXT**  |
| **\* CELULAR** |  |
| **\* EMAIL DE CONTACTOS 1 (PERSONAL)** |  |
| **EMAIL DE CONTACTOS 2 (INSTITUCIONAL)** |  |
|  |  |

**TITULACION:**

|  |  |
| --- | --- |
| **\* NOMBRE TITULACIÓN/ CARRERA** |  |
| **\* NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCACIÓN SUPERIOR** |  |
| **\* CIUDAD/PAIS INSTITUCIÓN** |  |
| **\* TITULACIÓN / CARRERA CONCLUIDA** |  **SI ( ) NO ( )** |
| **\* FECHA CULMINACIÓN TITULACIÓN / CARRERA** |  |
| **\* TITULO OBTENIDO** |  |
| **\* FECHA OBTENCIÓN TITULO** |  |

**DATOS LABORALES / PARTICIPACIÓN ( LLENAR SOLAMENTE DOCENTE):**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN / ORGANIZACIÓN** |  |
| **CARGO / ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA**  |  |
| **TIEMPO DE VINCULACIÓN A LA INSTITUCIÓN / ORGANIZACIÓN** |  |
| **ÁMBITO DE LA ACTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN** |  |
| **DIRECCIÓN INSTITUCIÓN / ORGANIZACIÓN** |  |
| **CIUDAD** |  |
| **TELÉFONO (INCLUIR COGIDO)** | **593-** |
| **WEB** |  |
| **EMAIL INSTITUCIONAL** |  |

**SITUACIÓN ACTUAL (Marque con una X LO QUE CORRESPONDA DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD PRESENTE)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCENTE ( )** |  **ESTUDIANTE ( )** |