|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL** | | | |
| **Estimado postulante, tenga a bien completar el siguiente formulario de inscripción (Respetando el formato excel).** | | | |
| **Una vez completado, envíelo a campusvirtual@icapa.org junto con la documentación solicitada.** | | |  |
|  | | |  |
| **CURSO :** |  | | |
| **FECHA DE INICIO:** |  | | |
| **SEDE/VIRTUAL:** |  | | |
| **DIA Y HORARIO:** |  | | |
| **DATOS BÁSICOS** | | | |
| Apellido y Nombres completo: | | | |
| DNI | | Nacionalidad: | |
| Edad: | | Fecha de Nacimiento: | |
| **DOMICILIO** | | | |
| Dirección: | | | |
| Barrio, Localidad y Provincia: | | | |
| Télefono fijo: | | Teléfono celular: | |
| Teléfono y nombre de contacto alternativo: | | | |
| Correo electrónico: | | | |
| **EDUCACION (Marque con una X último nivel de estudio alcanzado)** | | | |
| Primaria completa: | | Secundaria completa: | |
| Terciario/Univ. Completo (indique profesión): | | | |
| En caso de ser estudiante aclare la carrera: | | | |
| **DATOS LABORALES** | | | |
|  | | | |
| **EN CASO DE TRABAJAR, INDIQUE EMPRESA o ULTIMA ACTIVADA REALIZADA** | | | |
| Nombre: | | | |
| Dirección: | | | |
| Rubro: | | Puesto: | |
| Antigüedad: | |  | |
| Afiliado a APA Nro.: | | | |
| **Como se enteró de los cursos?** | | | |
|  | | | |
|  |
| [**www.icapa.org.ar**](http://www.icapa.org.ar) **-** [**www.facebook.icapa**](http://www.facebook.icapa)  **011 4822-0685**  **Anchorena 1266 -CABA – CP 1425**  [**info@icapa.edu.ar**](mailto:info@icapa.edu.ar) **– campusvirtual@icapa.edu.ar** |