|  |
| --- |
| **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** **– campusvirtual@icapa.edu.ar** |