

FORMATO DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA DE FORMACIÓN LABORATORIOS VIVOS DE INNOVACIÓN Y CULTURA										
Fecha de Inscripción		DÍA	MES	AÑO	HORA	Nº de Inscripción				
Municipio		Grupo de formación								
DATOS PERSONALES										
Primer Apellido		Segundo Apellido								
Nombre(s)		Sexo			HOMBRE	MUJER				
Tipo de identificación		CC	TI	CE	Número de Identificación					
Fecha de Nacimiento		DÍA	MES	AÑO	Lugar de Nacimiento		Municipio	Departamento		
Dirección Residencia		Barrio								
Teléfono Fijo		Celular								
Correo Electrónico										
Desarrolla alguna actividad cultural o artística		Sí	No	¿Cuál?	Pertenece a algún grupo u organización cultural			Sí	No	
Nombre del grupo u organización cultural										
INFORMACIÓN LABORAL										
Ocupación		Empresa								
Dedicación (Horas día)		Horario de trabajo			Municipio					
INFORMACIÓN ACADÉMICA										
Estudios realizados		Institución		Ciudad	Titulo obtenido		Fecha			
HORARIO PARA RECIBIR FORMACIÓN										
¿Cuál sería su horario preferido para recibir la formación? (marque con una X)		MAÑANA			TARDE					
MOTIVACIONES										
<b>(Explique brevemente las razones por las cuales quiere participar en el programa de formación de los Laboratorios Vivos de Innovación y Cultura)</b>										

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante:

Identificación: