

**HOJA DE INSCRIPCIÓN  
WAFA/UIO0911**

- ❖ **NOMBRES:**.....
- ❖ **APELLIDOS:**.....
- ❖ **FECHA DE NACIMIENTO:**.....
- ❖ **C.I. O PASAPORTE #**.....
- ❖ **DIRECCIÓN:**.....
- ❖ **CIUDAD Y PROVINCIA:**.....
- ❖ **TELÉFONO:**.....
- ❖ **CELULAR:**.....
- ❖ **DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:**.....
- ❖ **PROFESIÓN:**.....
- ❖ **EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTARSE  
CON:**.....
- ❖ **TELÉFONOS:**.....
- ❖ **¿Tiene usted en este momento algún problema de salud o condición médica?  
SI... NO...**
- ❖ **Si su respuesta es SI, por favor describa a continuación, incluya medicamentos  
y/o tratamientos:**
- ❖ .....
- ❖ .....
- ❖ .....

*He leído y estoy de acuerdo con todos los puntos sobre costos, proceso, evaluación y reembolso del curso.*

.....  
*firma*

**Lugar y Fecha:** .....