

WAFU/UIO062012

- ❖ **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: