

Solicitud de Inscripción

Curso

Apellido y Nombres

Nacido en Provincia.....

País

Fecha de nacimiento/...../..... Edad

DNI CUI

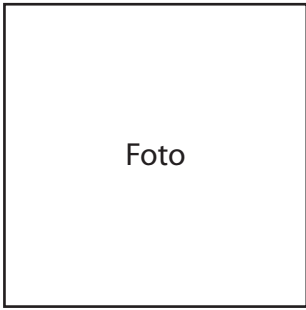
Estado Civil

Domicilio: Calle N°..... Piso Dpto

Código Postal Ciudad Provincia

Teléfono: Particular Celular

Email



Si es familiar directo de un Viajante (cónyuge / hijo) indicar:

Apellido y Nombres

DNI Fecha de nacimiento/...../.....

Nombre de la empresa en que trabaja

Domicilio: Calle N°.....Piso Dpto

Código Postal Ciudad Provincia

Teléfono Email

Cargo que ocupa Aporta al convenio colectivo de Viajantes SI - NO

Establecimiento donde cursó estudios secundarios

Ciudad País Completó el ciclo SI - NO

Título obtenido Fecha de egreso/...../.....

Si adeuda materias, indique cuáles son y a qué años corresponden

.....

.....

.....

.....

Usted es Beneficiario de **andar** SI - NO

En caso de respuesta negativa, qué servicio de salud tiene

Cómo se enteró del curso

.....

Dejo constancia que los datos consignados son verdaderos.

.....
ISV

...../...../.....
Fecha

.....
Firma del Alumno