

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Versión 06

Página 1 de 1

Código FO-GA-01

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____**DATOS DEL ASPIRANTE**

| | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------|--|---------------------|--|----------------|--|
| Primer apellido | | Segundo Apellido | | Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| C.C. <input type="checkbox"/> | T.I. <input type="checkbox"/> | No. | | De | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | | | Edad: | | Estado Civil: | |
| Dia: _____ Mes: _____ Año: _____ | | | | | | | |
| Lugar de Nacimiento: | | | | | | | |
| Municipio: _____ | | | | Departamento: _____ | | | |
| Dirección de residencia: _____ | | | | | | | |
| Municipio: _____ | | | | Departamento: _____ | | | |
| Teléfono: _____ Celular: _____ | | | | | | | |
| Correo electrónico: _____ | | | | | | | |

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Estrato según Servicios públicos: _____ Nivel del SISBEN: _____

¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO, PERSONA O INSTITUCIÓN CONOCIÓ A EDUCOSTA?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Radio | <input type="checkbox"/> 5. Feria estudiantil | <input type="checkbox"/> 9. Visita a Educosta |
| <input type="checkbox"/> 2. Prensa | <input type="checkbox"/> 6. Redes Sociales | <input type="checkbox"/> 10. Propios medios |
| <input type="checkbox"/> 3. Amigos/Familia | <input type="checkbox"/> 7. Página web | <input type="checkbox"/> 11. Estudiante Nombre: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4. Docente | <input type="checkbox"/> 8. Egresados | |

Firma del Aspirante**PARA LEGALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:** COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD, COPIA DIPLOMA (área de la Salud) O ULTIMO AÑO CURSADO (otros programas), COPIA RECIBO DE SERVICIO PUBLICO, DOS FOTOS 3X4**ESPACIO RESERVADO PARA EDUCOSTA:**

Fecha de inscripción: Dia: _____ Mes: _____ Año: _____ No. De Matricula: _____ Grupo: _____

| DOCUMENTOS PRESENTADOS | SI | NO | COMPROMISO | CUMPLIO |
|---|-----------|-----------|-------------------|----------------|
| COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | | |
| COPIA DIPLOMA (área de la Salud) O ULTIMO AÑO CURSADO (otros programas) | | | | |
| COPIA RECIBO DE SERVICIO PUBLICO | | | | |
| DOS FOTOS 3X4 | | | | |