

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Versión 07

Página 1 de 1

Código FO-GA-01

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

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
CC	<input type="checkbox"/>	T.I.	<input type="checkbox"/>	No.	De		
Fecha de Nacimiento				Edad		Estado Civil	
Día _____ 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 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 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		<input type="checkbox"/>	

Firma del Aspirante

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

PARA LEGALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEBE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD, COPIA DIPLOMA (área de la salud) O ÚLTIMO AÑO CURSADO (otros programas), COPIA RECIBO DE SERVICIO PÚBLICO, DOS FOTOS 3x4**ESPACIO RESERVADO PARA EDUCOSTA:**

Código de Matrícula: _____ Grupo: _____ Fecha de Matrícula: Día _____ Mes _____ Año _____

DOCUMENTOS PRESENTADOS:	SI	NO	COMPROMISO	CUMPLIÓ
COPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
COPIA DIPLOMA (área de la salud) O ÚLTIMO AÑO CURSADO (otros programas)				
COPIA RECIBO DE SERVICIO PÚBLICO				
DOS FOTOS 3x4				