



PROYECTO EQUILIBRIO

INSTITUTO INTERNACIONAL DE FORMACION PROFESIONAL

FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES	
Nombre (s)	
Apellidos	
País	
Teléfono	
E-mail	
E-mail (Alternativo)	
Profesión u Oficio	
Tipo de estudios: <input type="radio"/> Paraprofesional <input type="radio"/> Profesional (marque la opción que se aplica para usted)	¿El nombre en su título académico es el mismo que puso en Profesión u Oficio? O SÍ O NO *Si responde "no", proporcione el nombre tal como aparece en su título o Certificado académico: _____ _____.
Si tiene una experiencia vivida con la Recuperación de un trastorno por uso de sustancias, tiempo de estar en abstinencia:	_____ _____.
DATOS LABORALES	
Institución donde labora	
Tiempo de trabajo	



<https://proyectoequilibriocr.com/>





Cargo	
Enumere la experiencia previa (voluntario, o pagada etc.) relacionada con el tratamiento y la recuperación sobre temas de alcohol y otras drogas	
Teléfono de institución de trabajo (opcional)	
E-mail institucional (opcional)	
Dirección de institución de trabajo (opcional)	

DATOS ACADÉMICOS	
Máximo grado escolar	
Institución de formación y	
Otros estudios	
<p>Indique brevemente su interés por participar de este programa de formación o actualización. (Entre 50 y 80 palabras)</p>	



<https://proyectoequilibriocr.com/>





Confirmando mi intención de participar en la postulación al curso de capacitación.

Por favor, indicar el nombre del curso de formación profesional el cual está usted interesado: _____.

Por favor, indicar el nombre del curso de actualización profesional el cual está usted interesado: _____.

Firma: _____

Fecha: _____



<https://proyectoequilibriocr.com/>

