|  |  |
| --- | --- |
| FICHA DE INSCRIPCION DE BENEFICIARIOS | Coordinación de Gestión de Acciones Formativas - COGAF |

1-DATOS DEL PROYECTO

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Proyecto: “OPORTUNIDADES PARA LA INCLUSIÓN EFECTIVA” SINAFOCAL / SARAKI | |
| Nombre del Curso: | |
| **Programa:** MPE( ) PPR( ) JPE( ) | Fecha de Inscripción: |

2-DATOS DEL BENEFICIARIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido:** | | | |
| **Cedula de Identidad:** | **Fecha de Nacimiento:** | | **Lugar de Nacimiento:** |
| **Nacionalidad:** | **Estado Civil:** | | **Sexo:** |
| **Dirección Particular:** | | | |
| **Barrio / Compañía:** | | | |
| **Distrito:** | | **Departamento:** | |
| **Teléfono:** | | **Celular:** | |
| **Identificación de la Institución:** | |  | |
| **Cargo que ocupa el Funcionario que postula al curso:** | |  | |
| **Funciones y actividades que desempeña:** | |  | |
| **Antigüedad en su Ocupación:** Año/s( ) Mes/es( ) | |  | |
| **Datos del Director/a de Talento Humano o equivalente:** | |  | |
| **E-mail:** | |  | |
| **Ingreso Familiar:** Propio( ) Padre( ) Madre( ) | | **Cantidad de Hijos:** Menor/es( ) Mayor/es( ) | |
| **Monto Mensual:** Menor al salario mínimo( ) Salario mínimo( ) Mayor al salario mínimo( ) | | | |
| **Formación Educativa:** Sin Formación( ) Primaria( ) Escolar Básica( ) Bachillerato ( ) Universitario( ) | | | |
| **En caso de corresponder a pueblos Originarios a que Etnia pertenece:** | | | |
| **Tiene algún tipo de discapacidad:** ( )Si ( )No | | | |
| **Correo electrónico:** | | | |

Yo, declaro bajo fe de juramento que los datos consignados en este documento son verdaderos.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**FIRMA DEL INTERESADO**