



UNICUCES

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA CENTRO SUPERIOR

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NÚMERO DE INSCRIPCIÓN

AÑO _____	SEMESTRE CALENDARIO PARA EL QUE SE INSCRIBE: Marque (X) Febrero - Junio <input type="checkbox"/> Agosto - Diciembre <input type="checkbox"/>			FOTO RECIENTE
PROGRAMA ACADÉMICO _____ _____	MODALIDAD Marque (X) TECNOLÓGICA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	INGRESO POR TRANSFERENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	JORNADA DIURNA <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOCTURNA <input type="checkbox"/> FIN DE SEMANA <input type="checkbox"/>	

APELLIDOS Y NOMBRES

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Marque (X) Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> No. _____ Pasaporte <input type="checkbox"/> Libreta Militar No. _____	ESTADO CIVIL: Marque (X) Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> No. de Hijos <input type="text"/>
---	--

LUGAR DE NACIMIENTO

Ciudad _____ Dpto. _____ Pais _____

Correo electrónico _____

FECHA
Dia Mes Año

SEXO: Marque (X)
Masculino
Femenino

APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS PADRES Padre _____ Madre _____	RESIDENCIA DE LOS PADRES Ciudad _____ Dpto. _____ Dirección _____ Teléfono _____
--	---

RESIDENCIA DE FACIL LOCALIZACION DEL ASPIRANTE Ciudad _____ Dpto. _____ Dirección _____ Teléfono _____ Celular _____ Barrio _____ Estrato <input type="checkbox"/> Comuna <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE TRABAJA Nombre _____ Ciudad _____ teléfono _____ Cargo _____
---	--

ESTUDIOS REALIZADOS

Estudios	COLEGIO O INSTITUCION	Años y cursos aprobados	TITULO RECIBIDO	CIUDAD	DPTO	PAIS
Bachillerato						
Normal						
Carrera Técnica Profesional						
Carrera Tecnológica						
Carrera Universitaria						

INFORMACION PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCION

ACEPTADO: Marque (X) SI <input type="checkbox"/> Con Entr. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin Entr. <input type="checkbox"/>	CODIGO	DOCUMENTOS ADJUNTOS AL PRESENTE FORMULARIO: Marque (X) FOTOCOPIA DIPLOMA BACHILLER <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE CONDUCTA <input type="checkbox"/> ACTA DE GRADO DE BACHILLER ORIGINAL <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA TÍTULO PROFESIONAL DE _____ <input type="checkbox"/> CALIFICACIÓN DE EDU. SUP DE _____ A _____ SEM. DE LA CARRERA DE _____ <input type="checkbox"/> ACTA DE GRADO ORIGINAL TÍTULO PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	CONTENIDOS CURRICULARES DE LAS ASIGNATURAS DE _____ A _____ SEMESTRES <input type="checkbox"/> EXAMEN MEDICO GENERAL <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA EPS <input type="checkbox"/> FOTOS <input type="checkbox"/>
Recibo de Caja No. _____	FECHA DE RECIBO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	S.N.P.ICFES No. _____	RECIBIDO POR: _____ NOMBRE

INFORMACIÓN ADICIONAL

POR QUÉ MEDIO SE ENTERO DE LA INSTITUCIÓN: Periódico / Revista <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Egresados <input type="checkbox"/> Estudiante UNICUCES <input type="checkbox"/> Visita a Colegios <input type="checkbox"/> Otro: _____	Funcionario UNICUCES que lo Atendió: _____ Dependencia: _____ Fecha de Atención: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
---	---