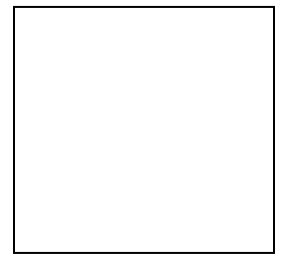




COLEGIO DE PROFESIONALES EN
CIENCIAS POLÍTICAS Y
RELACIONES INTERNACIONALES



Fecha de Solicitud

Formulario de Incorporación

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ NOMBRE COMPLETO: _____

SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DÍA	MES	AÑO	
Femenino	Masculino				

CÉDULA DE IDENTIDAD: _____ NÚMERO DE CARNÉ: _____

DIRECCIÓN DE LA HABITACIÓN: _____

PROVINCIA _____ CANTÓN _____ DISTRITO _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: _____ APARTADO POSTAL: _____

GRADO ACADÉMICO: _____ UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: _____

FECHA DE INCORPORACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN EXACTA DEL LUGAR DE TRABAJO: _____

PROVINCIA _____ CANTÓN _____ DISTRITO _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO: _____

MEDIO PARA ATENDER NOTIFICACIONES: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

**FORMULARIO PARA EL PAGO
DE LA COLEGIATURA**

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Cédula: _____ Carné: _____

E-mail: _____ Teléfono Habitación: _____

Celular: _____ Tel. Oficina: _____

Forma de pago de colegiatura:

- Por depósito bancario** (me comprometo a enviar mensualmente el comprobante de depósito por correo electrónico al Colegio).
- Deducción automática.**
- Transferencia electrónica de fondos** (me comprometo a enviar mensualmente el comprobante de depósito por correo electrónico al Colegio).

En caso de deducción automática: Autorizo a que se me deduzca mensualmente mi colegiatura, de la siguiente forma: (Marque con **X** si está de acuerdo)

- Tesorería Nacional (Sistema Integra)
- Por Sinpe Móvil CPCPRI** (me comprometo a enviar el comprobante).

SI TRABAJA PARA EL ESTADO INDICAR EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

FIRMA _____