

Fecha: .....

Apellido/s y Nombre/s.....

DNI: ..... Fecha de Nacim: ..... Edad: .....

Domicilio particular: ..... N° .....

Localidad ..... Partido .....

Ministerio/Actividad ..... Repartición/ Rubro .....

Email ..... Teléfono: ..... Cel: .....

Es Afiliado a UPCN?  SI  NO N° Afiliado: ..... Le gustaría Afiliarse:  SI  NO

Porqué? .....

Es Asociado a AMAUPCN?  SI  NO Le gustaría Asociarse:  SI  NO Porqué? .....**Curso al que quiere inscribirse:** .....

Indique días: ..... Indique horario: .....

Cuenta con conocimientos previos sobre el tema?  SI  NO Especifique: .....Indique el nivel de estudios con el que cuenta  PRIMARIO  SECUNDARIO  TERCARIO  UNIVERSITARIO Otro: .....

Observaciones o aclaraciones que quiera realizar: .....

Firma del solicitante: ..... Aclaración de Firma: .....

(\*) La inscripción al curso quedará sujeta a la disponibilidad de cupos en el aula, según los días y horarios solicitados.

(\*\*) AMAUPCN se pondrá en contacto con usted a través de los medios aquí indicados, para confirmar la inscripción al curso.