



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMAS DE EXTENSIÓN

Programa: _____

Información Personal

Nombres: _____	Apellidos: _____
Identificación: _____	Sexo: _____
Teléfono: _____	Celular: _____
Correo electrónico: _____	Dirección: _____
Lugar de residencia: _____	Barrio: _____
Fecha de nacimiento: _____	Lugar de nacimiento: _____
Tipo de sangre: _____	Fecha inscripción: _____
Sede - Jornada: _____	Programa: _____

Información Adicional

Exped. Documento: _____	Discapacidad: _____
Estrato: _____	EPS: _____
Zona: _____	ARS: _____
Medio de transporte: _____	Aseguradora: _____
Ocupación: _____	Estado civil: _____
Multiculturalidad: _____	Nivel de formación: _____

Información Laboral

Empresa	Municipio	Cargo	Teléfono	Dirección

Ciudad y Fecha

Firma Interesado

Forma de Pago

Consignación Fundecopi

Autorización cobro por
Facturación Coopidrogas

Yo _____ identificado con cédula de Ciudadnía No. _____ en mi calidad de Asociado a Coopidrogas, Autorizo para que el valor de este curso sea cobrado a través de la facturación de Coopidrogas al código de droguería No. _____

Firma _____

Doc. Identidad _____

Autorización: De acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, garantizo que los datos suministrados son reales y verídicos y autorizo a Scalando para el uso de los mismos con los fines pertinentes a que haga lugar según la ley 581 de 2012.