

PROCAGRA
CAPACITACIÓN GRATUITA PARA ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
DELEGACIÓN CASTELAR DE LA FUNDACIÓN ARGENTINA

DATOS PERSONALES									
Apellido									
Nombres									
Tipo Doc.				N°:					
Fecha de Nac.						Nacionalidad			
Domicilio									
Localidad						Provincia			
Teléfono						Teléfono Móvil			
E- mail:									
Tiene Obra Social o está afiliado a Medicina Prepaga?						En caso afirmativo, en cuál?			
Posee Seguro de Vida y/o Accidentes?					En caso afirmativo, en que compañía?				
En caso de emergencia avisar a:		Nombre 1						Teléfono 1	
		Nombre 2						Teléfono 2	
DATOS FAMILIARES									
Estado Civil									
Nombre Cónyuge/Concubino						DNI N°			
Fecha de Nac.						Nacionalidad			
DE LA MADRE									
Nombre Completo:									
DNI / LC N°:									
Vive?						Conviviente?			
DEL PADRE									
Nombre Completo:									
DNI / LE N°:									
Vive?						Conviviente?			
TIENE HIJOS?									
Nombre Completo									
DNI N°									
Vive?						Conviviente?			
DATOS ACADÉMICOS									
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS									
Universidad									
Facultad									
Domicilio									
Localidad						Provincia			
Carrera									
Cantidad de materias de la Carrera						Porcentaje de mat. aprobadas			
Fecha ingreso					Promedio con aplazos		Promedio sin aplazos		

ESTUDIOS SECUNDARIOS

Institución

Año de egreso

Título obtenido

INFORMÁTICA

Programas	Inicial	Medio	Avanzado
Windows	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Access	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IDIOMAS

	Inicial	Medio	Avanzado
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portugués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRAS CAPACITACIONES REALIZADAS

Tipo y Nombre	C. Horaria	Institución	En calidad de	Año

En caso de necesitar más espacio, agregar una hoja respetando el formato que antecede

OTROS

PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES SOCIALES

Organización	Actividades Realizadas	Período

En caso de necesitar más espacio, agregar una hoja respetando el formato que antecede

EXPERIENCIA LABORAL

Empresa / Organismo	Actividades Realizadas	Período

En caso de necesitar más espacio, agregar una hoja respetando el formato que antecede

Cuál es su área y tema de preferencia y qué lo motiva a presentarse en este Programa?

--

Mencione sus necesidades económicas para participar de este Programa

(Solo enúncielas, no incluya montos)

Actualmente, está concurriendo a algún Instituto del CNIA-INTA, Castelar?