**Planilla de Inscripción – Voceros Estudiantes**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Para uso interno** | **Planilla de Inscripción Nº:** |  | **Fecha de recepción** (año/mes/día) | 2018 |  |  |

**Llenar el Formato Digital y enviar por correo electrónico a:** **saludcomunitarianatural@gmail.com**

**Llena la información requerida en cada recuadro o coloca un número o una x**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres:** |  |
| **Apellidos:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cédula:**  |  | **Sexo:** | **M** |  | **F** |  | **Edad:** |  | **Fecha de Nacimiento** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dirección:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado:** |  | **Municipio:** |  | **Parroquia:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono habitación:** |  | **Celular:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Correo-E:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Redes Sociales:** |  |

**INFORMACIÓN INSTITUCIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Institución que representa:** |  |

**INFORMACIÓN LABORAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trabaja actualmente:** | **No** |  | **Sí** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lugar de Trabajo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cargo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividades que realiza:** |  |

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado de Instrucción:** | **Básica** |  | **Media general** |  | **Media Técnica** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Universitaria** | **TSU** |  | **Licenciatura** |  | **Maestría** |  | **Doctorado** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título / Profesión:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estudia Actualmente:** | **No** |  | **Sí** |  | **Cursa: Año** |  | **Sem.** |  | **Trim.** |  | **Pregrado** |  | **Postgrado** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Institución:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Escuela / Decanato / Facultad:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Carrera:** |  |

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Grupo(s) u Organización(es)a los que pertenece:** |  |

**INTERÉS PERSONAL**

**Qué me motiva a participar en este Encuentro:**

|  |
| --- |
|  |

**EXPERIENCIA EN MEDICINA NATURAL, ANCESTRAL, TRADICIONAL, ALTERNATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Como Usuario(a):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Como Promotor de Salud:** |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |

**COMPROMISO**

**Al inscribirme formalmente en el Encuentro de Salud Integral Comunitaria me comprometo a apoyar y participar activamente en el desarrollo del Plan de Salud Integral Comunitaria del Estado Lara.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma escaneada (insertar imagen si tiene disponible):** |  |

**Insertar foto digital (si tiene disponible):**

|  |
| --- |
|  |

Sustituir la imagen en blanco por foto digital, a color, de frente (tamaño pasaporte) (5x5 cm)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ciudad:** |  |  | **Fecha** (día / mes) |  |  | **2018** |