



DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN Y DIFUSIÓN
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



Modalidad	Nombre del acto académico			Fecha de registro
Nombre completo del participante		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	CURP	Fecha de nacimiento
Dirección particular completa		Colonia	C.P.	Ciudad
Tel(s)	Oficina	Celular		Particular
	E-mail		Personal	

Organismo en que labora	Dependencia
Puesto	Antigüedad en el puesto
Describe el tipo de trabajo que realiza actualmente	
Indique las razones de su interés al inscribirse	

INFORMACIÓN PARA FACTURAR

Nombre o razón social	R.F.C.		
Dirección completa	Colonia	C.P.	Ciudad

SEÑALE SU PERFIL DE PARTICIPANTE

<input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Mando medio <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Secretaria <input type="checkbox"/> Servicios generales <input type="checkbox"/> Otro _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabajo informal <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico <input type="checkbox"/> Estudiante de bachillerato <input type="checkbox"/> Otro _____ _____ _____	Antecedentes en la temática del acto académico <input type="checkbox"/> Abundantes <input type="checkbox"/> Suficientes <input type="checkbox"/> Escasos <input type="checkbox"/> Nulos <input type="checkbox"/> Observaciones _____ _____ _____
---	---	--

Estudiante de la Universidad _____ _____ en el nivel <input type="checkbox"/> Técnico _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura _____ <input type="checkbox"/> Especialidad _____ <input type="checkbox"/> Maestría _____ <input type="checkbox"/> Doctorado _____	Profesionista egresado de la Universidad _____ en el nivel <input type="checkbox"/> Técnico _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura _____ <input type="checkbox"/> Especialidad _____ <input type="checkbox"/> Maestría _____ <input type="checkbox"/> Doctorado _____
---	---

SEÑALE EL O LOS MEDIOS POR LOS QUE SE ENTERÓ DEL ACTO ACADÉMICO EN QUE SE INSCRIBE

<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Cartel	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Publicidad impresa	<input type="checkbox"/> Por amigos	<input type="checkbox"/> Página web de la Uni -Son
Otro(s). Señale _____			

Hago constar que todos los datos contenidos en esta solicitud de inscripción son verdaderos y al firmarla acepto respetar las normas y reglamentos académicos, administrativos, financieros y escolares que rigen el programa Institucional de Educación Continua de la Universidad de Sonora.

Firma

NOTA: La apertura de los programas está sujeta a un mínimo de alumnos inscritos, por lo que Educación Continua se reserva el derecho de cancelar un programa cuando no se reúna este número. Para estos casos, la devolución de los montos pagados procederá al 100%.

Las cancelaciones por parte de los participantes deberán hacerse por escrito y acusadas de recibido hasta con 7 días antes de la apertura. Las cancelaciones hechas una vez iniciado el programa, generarán un cargo hasta del 90%. Para mayor información contacte a **educon@vinculación.uson.mx**