|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE |  |
| RUT |  |
| TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| NACIONALIDAD |  |
| NOMBRE DEL PROGRAMA |  |
| CÓDIGO DEL PROGRAMA  |  |
| INCIO DE CLASES |  |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN |  |
| NOMBRE ASESOR(A) A CARGO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTOS**  | **CHEKLIST** |
| HOJA DE REGISTRO  |  |
| LICENCIA DE ENSEÑANZA MEDIA |  |
| CERTIFICADO ALUMNO REGULAR (ESTUDIANTES ÁREAS SALUD, SOCIAL Y EDUCACIÓN) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REVISIÓN** | **FECHA** | **FIRMA** |
| DIRECCIÓN DE SEDE |  |  |
| ADMINISTRATIVO DE POSTULACIÓN |  |  |
| ADMINISTRATIVO INSCRIPCIÓN (Matrícula) |  |  |