

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| EDAD |  |
| NACIONALIDAD |  |
| DIRECCIÓN |  |
| NO. TELEFONO |  |
| E-MAIL |  |
| NIVEL ACADEMICO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TIEMPO DE PRACTICAR POLE |  |
| TIEMPO DE DAR CLASES |  |
| ESTUDIOS DONDE IMPARTE |  |
| TIPO DE CLASES QUE IMPARTE |  |
| CERTIFICACIONES O CURSOS PREVIOS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CERTIFICIACION A LA QUE SE INSCRIBE |  |
| FECHA DEL CURSO |  |
| ¿PORQUE QUIERES CERTIFICARTE? |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA