



**FORMACIÓN CERTIFICADA EN TERAPIAS COMPLEMENTARIAS
FICHA DE DATOS**

DATOS PERSONALES:

Nombres y Apellidos: (Tal como aparece en el DNI)

Nombre con el que prefieres que te llamen:

Fecha de Nacimiento:

Documento de identidad:

DNI:

CARNET EXT.

Nacionalidad:

Estado Civil:

Domicilio:

Distrito, Provincia, Dpto.

Telf. Casa:

Celular:

Email:

Profesión:

Ocupación:

Trabajo independiente:

Trabajo dependiente

Trabajo en casa:

Quién solventará tus

estudios:

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

Contacto N° 01

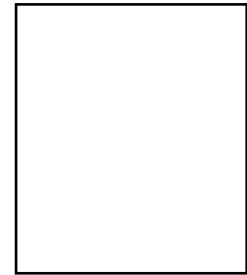
Telf. de Contacto:

Parentesco:

Contacto N° 02

Telf. de Contacto:

Parentesco:



Alergia a algún medicamento:

¿Cuenta con Seguro de Salud?

Sí

No

Indique cuál:

¿Vives solo (a)?

Sí

No

¿Con quiénes vives en casa?

¿Necesitas algún tipo de asistencia especial para el desarrollo de las clases?

¿Algún familiar depende de ti económicamente?
