

Fecha: ____ / ____ / ____

Cuatrimestre que desea ingresar I II III Año: ____

Carrera

Técnicos: _____

Diplomados: _____

Información Personal

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: _____

¿Tiene hijos? Sí No Correo Electrónico: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono Casa: _____

Dirección. Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Dirección exacta: _____

¿Por cuál medio de información se enteró de INCISA? (puede marcar más de uno)

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prensa | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Valla Publicitaria |
| <input type="checkbox"/> Página Web | <input type="checkbox"/> Muppis | <input type="checkbox"/> Amigo o familiar | <input type="checkbox"/> Correo |
| <input type="checkbox"/> Redes Sociales | <input type="checkbox"/> Perifoneo | <input type="checkbox"/> Volanteo | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto |
| <input type="checkbox"/> Feria Vocacional | <input type="checkbox"/> Cine | <input type="checkbox"/> Orientador | <input type="checkbox"/> internet |

Información Familiar

Madre: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

Padre: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

Pareja: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

Hijos: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

En caso de emergencia notificar a: _____

Teléfono: _____

Información de Estudios Otorgados

Escuela: _____	Inició: _____	Finalizó: _____
Colegio: _____	Inició: _____	Finalizó: _____
Técnico: _____	Inició: _____	Finalizó: _____
Universidad: _____	Inició: _____	Finalizó: _____

Idiomas

_____	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Comprende	<input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Lee
_____	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Comprende	<input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Lee
_____	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Comprende	<input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Lee

Información Adicional

- A. ¿Goza en la actualidad de buena salud, física o mental? Sí No
- B. ¿Ha padecido con anterioridad enfermedad mental o trastornos psíquicos incluyendo adicción a drogas? Sí No
- C. ¿Requiere usted de asistencia especial para realizar estudios? Sí No
- D. ¿Tiene usted los medios de asistencia económica para realizar sus estudios y otros gastos? Sí No
- E. ¿De quién obtiene usted los medios para subsistir y estudiar? _____
- F. ¿Está usted dispuesto a cumplir con todas las exigencias de estudios de INCISA? Sí No

Los estudiantes y profesores pueden manifestar sus simpatías y opiniones políticas e ideológicas libremente, conforme a la costumbre democrática del país, pero INCISA no permitirá actividades de tipo política y doctrinarios dentro de las instalaciones.

Importante:

- Autorizo a que INCISA me notifique la información oficial a mi correo electrónico y acepto que es mi responsabilidad revisarlo con frecuencia.
- Acepto que es mi responsabilidad actualizar y reportar ante el Departamento de Registro cualquier cambio en la información personal y medios de localización.
- Acepto que es de mi conocimiento y me comprometo a cumplir con todos los requisitos establecidos por INCISA.

¿Está dispuesto usted a cumplir con estas disposiciones?

Sí No

AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

Autorizo al Instituto de Ciencias de la Salud, INCISA S.A, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso y supresión con el fin de recibir información relacionada con sus servicios. Si no desea recibir más información de INCISA puede escribirnos al correo: Info@incisa.cr o bien, llamarnos al: 2549-0000

Declaro bajo juramento que la información suministrada a INCISA es veraz y fidedigna.

Nombre del Estudiante

Recibido por

*Este formulario debe ser completado por la persona interesada.