

FORMATO DE REGISTRO

Instructores en Cascada del CNAD

1. Datos personales

Nombre completo: _____

Profesión: _____

Fecha de Nacimiento Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Domicilio Particular: _____ Número: _____

Colonia (área, delegación, barrio): _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____

Código telefónico de la Ciudad: _____

No. Teléfono: _____ Fax: _____

e-mail: _____



2. Curso en el que desea participar como Instructor en Cascada del CNAD

Nombre del curso: _____

Área de aplicación (Mecánica, Control, Informática, Plásticos ó Pedagogía) _____

Instructor del CNAD: _____

Fecha del trabajo colegiado: _____

3. Escolaridad

Indique en el siguiente cuadro su nivel académico; empiece desde el más reciente hasta el más antiguo.

Grado Académico	Institución	Ciudad / País	Período		Profesión
			Desde	Hasta	
DOCTORADO					
MAESTRÍA					
ESPECIALIDAD					
LICENCIATURA O INGENIERÍA					
BACHILLERATO O TÉCNICO					

Otros cursos:

Nombre del Curso	Institución	Ciudad / País	Período		Certificación
			Desde	Hasta	

4. Experiencia Profesional

Empleo actual

Institución: _____

Área o Departamento: _____

Cargo: _____

Tiempo en el Cargo: _____

Domicilio: _____ Número: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Describe brevemente sus actividades:
