



PROCURADURÍA DE LA ADMINISTRACIÓN
CENTRO DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN
DRA. ALMA MONTENEGRO DE FLETCHER

REGISTRO DE PARTICIPANTES DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

Actividad: _____ Fecha: _____
(Indique el tipo de actividad: diplomado, conferencia, seminario, curso, charla, etc.) (dd/mm/aaaa)

Nombre Completo del Participante: _____ Sexo: F ___ M ___

Cédula: _____ Lugar de Residencia: _____

Nombre de la Institución donde labora: _____

Unidad Administrativa: _____

Cargo: _____

Teléfono de Oficina: _____ Correo electrónico de trabajo: _____

Correo electrónico personal: _____

Último grado académico obtenido: _____

¿Tiene algún tipo de discapacidad o necesidad especial? Si ___ No ___

Si su respuesta es afirmativa, favor indicar que tipo: Motora ___ Visual ___ Auditiva ___

Otra: _____

Tipo de Sangre: _____

¿Ha participado con anterioridad, en las acciones de capacitación que desarrolla la Procuraduría de la Administración? Si ___ No ___

Si su respuesta es afirmativa, indicar la fecha y el tema: _____

Marque con una x el rango de edad:

18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76 o más