

ENTREGA DE REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS Y ACREDITACIÓN DE SABERES, EXPERIENCIA Y COMPETENCIAS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres:		Apellidos:	
C.I. <input type="checkbox"/> C.C. N°		Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA	
Teléfono Móvil:		Teléfono Fijo:	
Correo Electrónico 1:			
Correo Electrónico 2:			
Dirección:			
País:		Ciudad y Estado:	
Solicitud de Acreditación para: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado			

2. DATOS INSTITUCIONALES

Lugar de Trabajo:	
Dirección:	
Pais:	Ciudad y Estado:
Cargo en la Empresa o Institución:	
Tiempo de Servicio:	Teléfono del Trabajo:

Participante Solicitante

Receptor

Lugar y Fecha