|  |
| --- |
| **FORMATO DE RGISTRO AL DIPLOMADO EN “MECANISMOA ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS”** |
|  |  |  |  |  |  |
| **DATOS PERSONALES** |
| FECHA |   |
| NOMBRE COMPLETO |   |
| FECHA DE NACIMIENTO |   |
| SEXO |   |
| EDAD |   |
| DOMICILIO  |   |
| MUNICIPIO |   |
| ENTIDAD FEDERATIVA |   |
| TELÉFONO |   |
| E-MAIL |   |
| **INFORMACIÓN ACADÉMICA** |
|  | (X) |  | (X) |  |  |
| **STATUS** |   | **NIVEL****ACADÉMICO** |   | **CÓDIGO** (En caso de ser estudiantes o trabajador de la UDG) |   |
| ESTUDIANTE DE CUVALLES |   | BACHILLERATO |   | CARRERA |   |
| ESTUDIANTE DE UDG |   | LICENCIATURA |   | DEPENDENCIA |   |
| EGRESADO DE CUVALLES |   | MAESTRÍA |   |   |   |
| EGRESADO DE UDG |   | DOCTORADO |   |   |   |
| PERSONAL UDG |   |   |   |   |   |
| INSTITUCIÓN/DEPENDENCIA |   |   |   |   |   |
| EXTERNO |   |   |   |   |   |
| **DATOS LABORALES** |
| TRABAJA ACTUALMENTE |   |
| LUGAR DE TRABAJO |   |
| PUESTO DE TRABAJO |   |
| TELÉFONO Y EXTENSIÓN |   |
|   |   |
| **EN CASO DE EMERGENCIA** |
| LLAMAR A |   |
| PARENTESCO |   |
| DOMICILIO |   |
| TELÉFONO |   |
| PADECE ALGUNA ENFERMEDAD |   |
| TIENE ALGUNA ALERGIA |   |
| TIENE SEGURO MÉDICO |   |
| TIPO DE SANGRE |   |
| REQUIERE EL CONSUMO DE ALGÚN MEDICAMENTO (Especifique) |   |