



**Instituto de Enseñanza Superior CCI
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Ciclo lectivo

Fecha: __/__/__

Carrera: _____

Sede: _____ Año: _____

Apellido /s : _____

Nombres /s : _____

DNI: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Domicilio : _____

e-mail: _____

Teléfono fijo : _____ Teléfono celular : _____

Ocupación: _____ Empresa: _____

Estudios cursados:

SECUNDARIO

Título secundario: completo: _____ incompleto: _____

Instituto donde cursó: _____

TITULOS ANTERIORES

Título Nivel Superior / Universitario: completo: _____ incompleto: _____

Institución donde cursó: _____

Observaciones:

Otros datos:

Responsable de pago:

Apellido /s : _____

Nombres /s : _____

DNI: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio (si difiere del mencionado arriba): _____

Teléfonos (si difiere del mencionado arriba) : _____

e-mail: _____

Es docente de SCUOLE CCI?: SI NO

Es ex alumno de SCUOLE CCI?: SI NO

Sus hijos concurren a SCUOLE CCI?: SI NO

(nombre / grado / sede): _____

Observaciones: _____

Firma y aclaración del interesado: _____

(El siguiente formulario completo deberá ser enviado por mail a podestacci@gmail.com / secterciariocci@gmail.com; para luego hacer efectiva la inscripción.)

Autoridad que autoriza la inscripción: _____