

FICHA DE INSCRIPCIÓN SEMINARIO DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN PERSONA CON DISCAPACIDAD ADQUIRIDA EN LA ADULTEZ

(Viernes 7 y Sábado 8 de octubre 2016)

|  |  |
| --- | --- |
| ANTECEDENTES | |
| NOMBRES: |  |
| APELLIDOS: |  |
| RUT: |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| TELEFONO CONTACTO: |  |
| Nº CELULAR: |  |
| MAIL: |  |
| DIRECCIÓN: |  |
| COMUNA: |  |
| **PROFESIÓN:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACIÓN LUGAR DE TRABAJO/ INFORMACIÓN ACADÉMICA: | |
| NOMBRE INSTITUCIÓN: |  |
| LABOR QUE REALIZA O AÑO DE ESTUDIO: |  |
| **DIRECCION LABORAL:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ANTECEDENTES DE FACTURACIÓN (CUANDO CORRESPONDA) | |
| **EMPRESA:** |  |
| **RUT:** |  |
| **GIRO:** |  |

|  |
| --- |
| Indique cómo se enteró del seminario: |
|  |

Esta ficha debe ser llenada y enviada al mail [seminariosexualidad2016@gmail.com](mailto:MARIA%20JOSE%20?subject=).