**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA- ICAP**

**COORDINACIÓN ACADÉMICA**

Colocar foto escaneada

**SOLICITUD DE ADMISION**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GERENCIA DE LA SALUD**

***1. DATOS GENERALES***

|  |  |
| --- | --- |
| **Primer Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Segundo Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha de nacimiento D / M / A** |
|  **Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nacionalidad** |
|  **Profesión**  |  |
| **Lugar de Trabajo** | **Cargo** |
|  **Dirección Actual**  |  |
|  **Ciudad:**  | **Provincia**  |
| **Teléfono : Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Célular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fax : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Apartado Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Género M F** **Cédula de Identidad:** **Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

***2.- EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR***

|  |
| --- |
| ***Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |

***3. EDUCACION UNIVERSITARIA***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | **País** | **Ultimo título recibido** |
|  |  |  |

***4. CURSOS ESPECIALIZADOS***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | **País** | **Ultimo título recibido** |
|  |  |  |

***5. CARGO O PUESTO ACTUAL***

|  |
| --- |
| **Cargo o puesto** |
| **Empleado** |
| **Ciudad o país** |
| **Desde** |
| **Breve descripción de su funciones actuales** |

***6. FIRMA:***

|  |
| --- |
| **Certifico que la información es correcta** |
| **Nombre en letra de imprenta Firma Fecha** |

EL CUPO ES LIMITADO, RESERVE SU ESPACIO REMITIENDO ESTE FORMULARIO A LA DIRECCIÓN ELECTRONICA jquesada@icap.ac.cr

(Los requisitos los tiene que remitir en forma electrónica)