

CABILDO NUEVO MAIOMBE

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombres: _____

Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Lugar de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Sexo: _____

Número de Documento
de Identidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Número Telefónico
Local: _____ Número Telefónico
Celular: _____

Correos Electrónicos: _____

Dirección Residencial: _____

VERIFICACION DE IDENTIDAD

ACEPTA QUE VERIFIQUEMOS SU IDENTIDAD SI ___ NO ___ en caso de ser SI debe
Anexar un SELFIE CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD VISIBLE

AUTORIZACION

Yo, _____ Autorizo de manera voluntaria,
previa, explícita al **CABILDO NUEVO MAIOMBE** a tratar mis datos personales y verificarlos con la
finalidad de participar en los seminarios impartidos por ellos.

En la ciudad de: _____

Fecha: ___ / ___ / ___