

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Datos personales:

| | | | |
|-----------------------|------------------|--|----------|
| | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | |
| Nº de identificación: | | Nº de código del CPO: (Costarricenses) | |
| Lugar de procedencia: | | | |
| | | | |
| País | Provincia | Cantón | Distrito |
| Números de teléfono: | | | |
| Celular: | | Oficina: | |
| Correo electrónico | | | |

Ámbito Profesional:

| Sector laboral | Tipo de Institución (marque con X) | |
|---|------------------------------------|---------|
| | Pública | Privada |
| Educación primaria | | |
| Educación secundaria | | |
| Asesoría Nacional de Orientación | | |
| Asesoría Regional de Orientación | | |
| Universidad | | |
| Instituto Nacional de Aprendizaje | | |
| Sistema penitenciario | | |
| ONG | | |
| Práctica privada | | |
| Cargo que ocupa: | | |
| Nombre de la Institución: | | |
| Estudiante universitario (No labora) | | |
| Persona Jubilada | | |
| Otra: _____ | | |

Si labora para el MEP indique la Dirección Regional: _____

Aspectos logísticos para su participación durante el Congreso:

1. Forma de pago de inscripción: (No hay reembolso)

() Rebajo por planilla o tarjeta. (A enero 2018 la inversión debe estar cancelada en su totalidad)*

() Un solo pago de contado por depósito o transferencia. Adjuntar documento. Cuenta Banco Nacional No. 100-01-2040000102-1 cc. 15120410010001027

() Un solo pago en efectivo o tarjeta, en las instalaciones del CPO. Indicar No. recibo

() Un abono inicial de ₡50.000 y cancelación del saldo pendiente en diciembre 2017

***Sólo aplica para personas que ya tienen autorizado el rebajo de la cuota mensual del CPO, por planilla o tarjeta.**

2. Traslado al lugar del evento:

() Vehículo propio

() Transporte público

() Otro _____

Utilizaría un transporte privado cancelando el costo respectivo () Sí () No

Indique procedencia: () Alajuela () Cartago () Heredia () San José

3. Hospedaje durante los días de Congreso:

() Residencia

() Con familiares o amigos

() Hotel, hostel o pensión

() Otro: _____

Tendría usted disposición de hospedar a alguien en su casa: () Sí () No

Con la finalidad de garantizar su mejor atención, por favor indique si tiene restricciones alimentarias por motivos de salud:

Informe con fines preventivos, si padece de alguna alergia o enfermedad que sea oportuno informar ante una emergencia:

Indique si usted es una persona con discapacidad que requiera algún tipo de apoyo:

Enviar al correo: congresocpo@gmail.com

Muchas gracias