|  |
| --- |
| 1. **SERVICIOS DE SU INTERÉS**
 |
| Marque con una X las opciones que le gustaría recibir de la Asociación : |
| EMPLEO  EMPRESA  SALUD  TURISMO   RECREACIÓN  CAPACITACIÓN  OTRO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Asociación de Egresados Tadeístas-UNITADEÍSTAS** |
| **FORMULARIO SOLICITUD DE AFILIACIÓN** |
| FECHA DD  MM  AA  SEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **INFORMACIÓN PERSONAL**
 |
| APELLIDOS  | NOMBRES  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

TIPO IDENTIFICACIÓN CC  CE  NÚMERO |
| **UBICACIÓN ACTUAL** |
| PAÍS | CIUDAD  | DEPARTAMENTO |  |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL |
| CORREO ELECTRÓNICO 1 | CORREO ELECTRÓNICO 2 |
| 1. **EGRESADA (O) PROGRAMA(S) DE:**
 |
| NOMBRE DEL PROGRAMA | TÍTULO OBTENIDO | FECHA DE GRADUACIÓN | SEDE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **ESTUDIANTE**
 |
| Programas cursados con 95% o más créditos  |
| NOMBRE DEL PROGRAMA | FECHA PROBABLE DE GRADO | SEDE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Mediante el presente formulario manifiesto que mis datos pueden ser verificados por la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano y la Asociación de Egresados Tadeístas.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

SI NO