



Registro de Inscripción

Elija su profesión :

Manager en Nutrición y Gastronomía	<input type="checkbox"/>	Capitán de Restaurante y Bartender	<input type="checkbox"/>
Chef Panadero	<input type="checkbox"/>	Supervisor de Habitaciones y Pisos	<input type="checkbox"/>
Chef Pastelero	<input type="checkbox"/>		

Marque el horario de estudio:

Matutino:	<input type="checkbox"/>	Vespertino:	<input type="checkbox"/>	Nocturno	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------	--------------------------

Datos del estudiante:

Apellidos: _____ CI./No. Pasaporte: _____

Nombres: _____ Nacionalidad: _____

Ciudad y Fecha de Nacimiento: Ciudad: _____ día: _____ mes: _____ año: _____

Colegio - Universidad: _____

Título Profesional: _____

Dirección Domicilio: _____

Teléfono Domicilio: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

En caso que el estudiante trabaje llenar los siguientes campos:

Nombre de la empresa: _____ Cargo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Forma de pago:

Efectivo:	<input type="checkbox"/>	IECE:	<input type="checkbox"/>	Depósito Número:	<input type="text"/>
-----------	--------------------------	-------	--------------------------	------------------	----------------------

Firma Del Estudiante

Lugar y Fecha

DATOS RESERVADO SECRETARÍA DEL CFHA

CÓDIGO INSCRIPCIÓN:

No.- MATRÍCULA:

Jefe Unidad de Admisión y Registro