

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

**PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS COMO OPERADORES  
SOCIOTERAPÉUTICOS.**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**1. DATOS GENERALES**

<b>Nombre Completo (Según DUI):</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Estado Familiar</b>
<b>Ocupación u oficio</b>		<b>N° de NIT</b>	<b>N° de DUI</b>
<b>Dirección Domiciliar:</b>			
<b>N° de Tel. particular</b>	<b>N° de Tel. celular</b>	<b>Dirección electrónica</b>	
<b>Profesión:</b>			
<b>Especialidad:</b>			
<b>Número Junta de Vigilancia (Si aplicara) :</b>			
<b>Lugar de Trabajo:</b>			
<b>Dirección del lugar de trabajo:</b>			
<b>Jefe Institucional:</b>			
<b>Fecha de Inicio:</b>			
<b>Tel. del lugar de trabajo:</b>		<b>N° de Fax:</b>	
<b>En caso de emergencia notificar a:</b>			
<b>Parentesco:</b>			
<b>Teléfono:</b>		<b>Celular:</b>	

## 2. EDUCACIÓN

Máximo grado académico alcanzado	Institución	Años

### 2.1 EDUCACIÓN TÉCNICA Y SUPERIOR\*

Nombre de la Institución	Años	Campo de Estudios	Grado Obtenido

\* Favor anexar copia de todos los títulos y/o diplomas obtenidos.

**3. Trabajo con personas drogodependientes: Como consejero, médico, orientador.**  
Especifique: \_\_\_\_\_

Institución	Cargo/Función	Periodo

**Doy fe que la información antes proporcionada es correcta y AUTORIZO a la Comisión Nacional Antidrogas, a verificar la autenticidad de cada anexo en la presente solicitud.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

**OBSERVACIONES:**

--

**APROBADO:**

F. \_\_\_\_\_

**DENEGADO:**

F. \_\_\_\_\_

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_

**FECHA:**

\_\_\_\_\_

**FECHA:**

\_\_\_\_\_