|  |
| --- |
| **NUEVOS LINEAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS EN EL MARCO DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1252** |
| CURSO INVIERTE PERÚ |



**FECHA: 22 Y 24 DE MAYO DE 2017**

**Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Sedes Sapientiae**

 **FICHA DE INSCRIPCIÓN**

Favor enviar vía correo electrónico a capacitaciones.serh@ucss.edu.pe ; asistente.serh@ucss.edu.pe

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos y Nombres :** |  | **DNI :** |  |
| **Dirección :** |  | **Distrito** |  |
| **E-mail:** |  | **Celular** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  | **Telf.Fijo** |  |

**FORMACIÓN PROFESIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centro de Estudios Universitarios y/o Técnicos** | **Especialidad** | **Grado o Título** |
|  |  |  |
| **Estudiante actual**  | **Semestre o Ciclo** |
| **SI ( )** |  |

**INFORMACIÓN LABORAL (opcional)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución** | **E-mail** | **Área** | **Cargo** |
|  |  |  |  |

**DATOS PARA FACTURACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Razón Social** | **Ruc** | **Dirección / Distrito** |
|  |  |  |
| **Teléfono / Fax/anexo** | **Persona encarga del pago de la factura** | **E-mail** |
|  |  |  |

**FORMA DE PAGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Efectivo**  |  |  | **Cheque(a nombre de la UCSS)** |  |  | **Depósito Bancario** |  |  | **Vía web** |

El depósito bancario se debe realizar en las siguientes cuentas de la Universidad Católica Sedes Sapientiae.

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PROVEEDOR:** **Razón Social Universidad Católica Sedes Sapientiae - RUC N°: 20505378629** |

Una vez realizado el depósito remitir la boleta de pago a los siguientes correos capacitaciones.serh@ucss.edu.pe; asistente.serh@ucss.edu.pe con los datos correspondientes.

 **BBVA – BANCO CONTINENTAL BCP-BANCO DE CREDITO**

**CCMN N° 0011-0176-59-0100029357 CCMN N° 193-1654612-0-51**

**CCI N° 011 176 000100029357 59 CCI N°002-193-001654612051-16**

**MARQUE CON UNA X, SEGÚN CORRESPONDA: ¿CÓMO SE ENTERÓ DE ESTE CURSO?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Correo Electrónico** | **Página web UCSS / SERH ( )** | **Redes Sociales (Facebook) ( )** | **Amistades ( )** | **Volante, banner o afiche: ( )** |
| **Otros medios:** |  |
| **Autorizo a SERH –UCSS para que se contacte conmigo y me envíe información sobre sus programas académicos SI( ) / NO( )****CONDICIONES:****\*La inasistencia al evento no genera el reembolso del dinero abonado.****\*Una vez iniciado el curso, si el participante opta por retirarse, la empresa no tendrá derecho a reembolso. Asimismo, no lo exime del pago del valor total del mismo.****\*Las empresas deberán realizar sus pagos en las fechas establecidas****\*La empresa contratante y el participante declaran haber leído en su totalidad el presente documento y estar de acuerdo con todas y cada una de sus condiciones****\*Esta ficha de inscripción deberá estar debidamente firmada y sellada por el responsable que autoriza la inscripción.** |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA FIRMA Y SELLO**

**Cargo: e-mail:**

**\*Nota: el correo electrónico (e-mail), será utilizado para envío de comunicación necesaria.**

**DIA\_\_\_\_\_MES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AÑO\_\_\_\_\_\_\_\_**