

Programa: \_\_\_\_\_

**Información Personal**

<b>Nombres:</b> _____	<b>Apellidos:</b> _____
<b>Identificación:</b> _____	<b>Sexo:</b> _____
<b>Teléfono:</b> _____	<b>Celular:</b> _____
<b>Correo electrónico:</b> _____	<b>Dirección:</b> _____
<b>Lugar de residencia:</b> _____	<b>Barrio:</b> _____
<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>Lugar de nacimiento:</b> _____
<b>Tipo de sangre:</b> _____	<b>Fecha inscripción:</b> _____
<b>Sede - Jornada:</b> _____	<b>Programa:</b> _____

**Información Adicional**

<b>Exped. Documento:</b> _____	<b>Discapacidad:</b> _____
<b>Estrato:</b> _____	<b>EPS:</b> _____
<b>Zona:</b> _____	<b>ARS:</b> _____
<b>Medio de transporte:</b> _____	<b>Aseguradora:</b> _____
<b>Ocupación:</b> _____	<b>Estado civil:</b> _____
<b>Multiculturalidad:</b> _____	<b>Nivel de formación:</b> _____

**Información Laboral**

Empresa	Municipio	Cargo	Teléfono	Dirección

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_

Firma Interesado \_\_\_\_\_

**Forma de Pago**

Consignación Fundecopi

 Autorización cobro por  
 Facturación Coopidrogas

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de Ciudadnía No. \_\_\_\_\_ en mi calidad de Asociado a Coopidrogas, Autorizo para que el valor de este curso sea cobrado a través de la facturación de Coopidrogas al código de droguería No. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Doc. Identidad \_\_\_\_\_

Autorización: De acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, garantizo que los datos suministrados son reales y verídicos y autorizo a Scalando para el uso de los mismos con los fines pertinentes a que haga lugar según la ley 581 de 2012.