

- Curso diurno
 Curso nocturno

Coloque una fotografía tamaño infantil y agregue otra en el sobre

Datos Personales

Nombre:
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle número colonia

ciudad estado código postal país

Teléfono: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
clave número día mes año ciudad

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Vuelto a casar Sexo: M F

Congregación a la que asiste: Nombre del pastor o director:
nombre de la congregación nombre del pastor o director

Dirección de la congregación:
calle colonia ciudad

¿Asiste regularmente? Sí No ¿Es usted miembro de la congregación? Sí No ¿Ha recibido a Cristo como su Salvador personal? Sí No ¿En qué fecha?:
día mes año

¿Ha recibido el bautismo del Espíritu Santo de acuerdo a Hechos 2:4? Sí No ¿Ha recibido el bautismo en agua por inmersión? Sí No ¿Ha estudiado en un instituto bíblico previamente? Sí No

¿Toca algún instrumento musical? Sí No ¿Cuál o cuáles?

¿Ha participado en misiones? Sí No ¿Dónde y cuándo?
lugar periodo

¿En qué ministerios ha participado?
lugar periodo

Datos Familiares

Nombre del padre o tutor: ¿Vive? Sí No
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle y número ciudad estado

Ocupación:

Nombre de la madre: ¿Vive? Sí No
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Dirección:
calle y número ciudad estado

Ocupación:

Nombre de su cónyuge (si es casado(a)):
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Edad: Ocupación:

Hijos: Fecha de nacimiento: Sexo: M F
nombre día mes año

Hijos: Fecha de nacimiento: Sexo: M F
nombre día mes año

** Utilice el reverso de la hoja si tiene más hijos

Datos Escolares

Secundaria:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			
Preparatoria:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			
Universidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			
Otro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	¿Se graduó?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	nombre de la escuela	periodo cursado			

Datos Laborales

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nombre de la empresa	teléfono	periodo de trabajo	actividades / puesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nombre de la empresa	teléfono	periodo de trabajo	actividades / puesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
nombre de la empresa	teléfono	periodo de trabajo	actividades / puesto

Datos Financieros

¿Cómo planea financiar sus estudios?	Su Congregación:	<input type="text"/>	%	Amigos:	<input type="text"/>	%
	Su familia:	<input type="text"/>	%	Personalmente:	<input type="text"/>	%
Otros (especifique):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	TOTAL:	<input type="text" value="100"/>	%

Responsable de Apoyo Económico

Esta parte debe ser llenada por la persona responsable del financiamiento de los estudios del solicitante.

De acuerdo a lo anterior, me comprometo a cubrir los gastos de financiamiento durante los estudios de

en el Instituto Epicentro, para lo cual acepto todas las condiciones de pago del mismo Instituto.

Fecha:	<input type="text"/>	Lugar:	<input type="text"/>	Relación con el solicitante:	<input type="text"/>
	día mes año		ciudad		
Nombre del responsable:	<input type="text"/>				
	apellido paterno	apellido materno	nombre(s)		
Dirección:	<input type="text"/>				
	calle y número	ciudad	estado		
Teléfono:	<input type="text"/>	Firma:	<input type="text"/>		
	clave número				

Yo certifico que he leído las normas y propósitos del Instituto Epicentro y estoy de acuerdo en observar cada una de estas mientras sea parte de la institución.

Firma del alumno: