



AÑO <hr/>	SEMESTRE CALENDARIO PARA EL QUE SE INSCRIBE: Marque (X) Febrero - Junio <input type="checkbox"/> Agosto – Diciembre <input type="checkbox"/>				FOTO RECIENTE	
PROGRAMA ACADÉMICO		MODALIDAD Marque (X) TECNOLÓGICA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	INGRESO POR TRANSFERENCIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	JORNADA DIURNA <input type="checkbox"/> TARDE <input type="checkbox"/> NOCTURNA <input type="checkbox"/> FIN DE SEMANA <input type="checkbox"/>		
APELLIDOS Y NOMBRES						
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD Marque (X)			ESTADO CIVIL: Marque (X)			
Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	NUIP <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>			
Cédula <input type="checkbox"/>	No. _____	Separado <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>			
Pasaporte <input type="checkbox"/>	Libreta Militar No. _____	Viudo <input type="checkbox"/>	No. de Hijos <input type="checkbox"/>			
LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA	SEXO: Marque (X)		
Ciudad _____	Dpto. _____	País _____	Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Correo electrónico _____						
APELLIDOS Y NOMBRES DE PERSONA DE CONTACTO			RESIDENCIA DE PERSONA DE CONTACTO			
			Ciudad _____	Dpto. _____		
			Dirección _____	Teléfono _____		
RESIDENCIA DE FÁCIL LOCALIZACIÓN DEL ASPIRANTE			EMPRESA DONDE TRABAJA			
Ciudad _____	Dpto. _____	Nombre _____				
Dirección _____	Ciudad _____ Teléfono _____					
Teléfono _____ Celular _____	Cargo _____					
Barrio _____ Estrato <input type="checkbox"/> Comuna <input type="checkbox"/>						

ESTUDIOS REALIZADOS

Estudios	COLEGIO O INSTITUCIÓN	Años y cursos aprobados	TITULO RECIBIDO	CIUDAD	DPTO	PAÍS
Bachillerato						
Normal						
Carrera TécnicaProfesional						
Carrera Tecnológica						
Carrera Universitaria						

Autorización tratamiento de datos personales: Mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario acepta y autoriza de manera libre, previa y voluntaria la recolección y tratamiento de sus datos personales a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA CENTRO SUPERIOR, UNICUCES, conforme a la Política de Tratamiento de Información y Datos Personales disponible en www.unicuces.edu.co. Entiende que los datos serán objeto de, recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y/o transferidos, las finalidades son: Para realizar el proceso de inscripción, admisión, entrevista, matrícula y/o renovación de matrícula, iniciar el seguimiento personal al estudiante mediante un expediente académico, así como establecer contacto, divulgar ofertas académicas y de servicios que ofrece la Universidad, para invitar a eventos académicos, culturales, deportivos y demás eventos que interesen a la comunidad educativa, para notificar los cambios en nuestras políticas y procedimientos y las demás finalidades contempladas en la Política de Tratamiento de Información y Datos Personales y en cumplimiento de las actividades y funciones propias como Institución de Educación Superior. Tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización de sus datos, enviando la solicitud al correo info@unicuces.edu.co

Firma del Estudiante

ACEPTADO: Marque (X)	CODIGO	DOCUMENTOS ADJUNTOS AL PRESENTE FORMULARIO: Marque (X)				
SI <input type="checkbox"/> Con Entr. <input type="checkbox"/>		FOTOCOPIA DIPLOMA BACHILLER <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE CONDUCTA <input type="checkbox"/> ACTA DE GRADO DE BACHILLER ORIGINAL O COPIA AUTENTICADA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTENIDOS CURRICULARES DE LAS ASIGNATURAS DE _____ A _____ SEMESTRES <input type="checkbox"/> EXAMEN MEDICO GENERAL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO <input type="checkbox"/> Sin Entr. <input type="checkbox"/>		FOTOCOPIA TÍTULO PROFESIONAL DE _____ CALIFICACIÓN DE EDU. SUP DE _____ A _____ SEM. DE LA CARRERA DE _____ ACTA DE GRADO ORIGINAL TÍTULO PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA EPS <input type="checkbox"/> FOTOS <input type="checkbox"/> ICFES <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo de Caja No.	FECHA DE RECIBO DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>	S.N.P.ICFES No. <input type="checkbox"/>	RECIBIDO POR: <hr/>			

INFORMACIÓN ADICIONAL

POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DE LA INSTITUCIÓN:				Funcionario UNICUCES que lo Atendió:		
Periódico / Revista <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Egresados <input type="checkbox"/>			
Estudiante UNICUCES <input type="checkbox"/>	Visita a Colegios <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>			
Referido ____ Nombre Completo de quien refiere: _____				Dependencia: _____		
				Fecha de Atención: Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>		