



Contraloría General de la República Academia de Control Gubernamental



La **Academia de Control Gubernamental** busca mantener contacto permanente con sus clientes para vincularlos con los eventos de formación, por lo tanto le solicitamos que complete este formulario.

Confidencialidad: Se garantiza que la información suministrada, es estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para fines de capacitación.

DATOS GENERALES:

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido paterno:

Apellido materno:

Apellido de casada:

Estado civil:

Cédula: (00-000-0000)

Fecha nacimiento:
(dd-mm-aaaa)

Sexo: (F/M)

Teléfono o celular:

Correo elec. personal:

Dirección residencial:

DATOS LABORALES Y PROFESIONALES:

Título profesional:

Especialización: (postgrado-maestría)

Institución para que labora:

Dirección o Depto:

Correo elec. Institucional:

Cargo que ocupa:

Teléfono o extensión:

Provincia:

Ciudad:

INSCRIPCIÓN A CAPACITACIÓN:

Capacitación:

Ha participado en capacitaciones de la Contraloría General

**** Enviar este documento adjunto al analista coordinador para su inscripción ****