(Formulario a ser suscrito por el padre/tutor en representación del menor caso de que la práctica no haga fuera de plataformas tecnológicas)

**FORMULARIO DE INICIO DEL MÓDULO DE FORMACIÓN**

**EN CENTROS DE TRABAJO Y PASANTÍAS DE ARTES**

**I. DATOS PERSONALES DEL PADRE, MADRE O TUTOR(A)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nombre(s):** |  |
| 1. **Apellidos:** |  |
| 1. **Cédula de identidad y electoral núm:** |  |
| 1. **Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_** | 1. **\*Fecha de nacimiento:**   **\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  día mes año |
| 1. **Dirección de residencia:** |  |
| 1. **Provincia y Municipio:** |  |
| 1. **Teléfono residencial:** |  |
| 1. **Celular:** |  |
| 1. **Correo electrónico:** |  |
| 1. **Calidad en la que suscribe el presente formulario en representación del estudiante: PADRE \_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_ TUTOR(A)\_\_\_\_\_\_** | |

**II. DATOS DEL ESTUDIANTE MENOR**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nombre(s):** |  |
| 1. **Apellidos:** |  |
| 1. **Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_** | 1. **\*Fecha de nacimiento:**   **\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  día mes año |
| 1. **¿El estudiante es una persona con discapacidad? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_** | 1. **En caso afirmativo, especifique cuál:**   AUDITIVA \_\_\_\_ VISUAL \_\_\_\_ MOTRIZ \_\_\_\_ INTELECTUAL \_\_\_\_ |
| 1. **Teléfono residencial:** |  |
| 1. **Celular:** |  |
| 1. **Correo electrónico:** |  |
| 1. **Dirección de residencia:**   (en caso que difiera de la del padre, madre o tutor(a)) |  |

**III. DATOS EDUCACIONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Centro de Educativo al que pertenece el estudiante:** |  |
| 1. **Código del Centro:** |  |
| 1. **Grado que se encuentra cursando:** |  |
| 1. **Número de matrícula académica:** |  |
| 1. **Horario de clases** |  |
| 1. **Dirección de su Centro Educativo:** |  |

**IV. DATOS de la práctica formativa**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Centro de Trabajo donde el estudiante estará cursando la práctica formativa:** |  |
| 1. **Área o departamento donde estará realizando la práctica formativa:** |  |
| 1. **Horario:** |  |

**DECLARA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Padre/Madre/Tutor(a)**