**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del Acreditado** | |
| Nombre |  |
| Edad |  |
| Género |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Estado que representa |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del Acreditante** | |
| Nombre |  |
| Cargo |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Acreditante | Firma del Acreditado |
|  |  |