

SOLICITUD DE ADMISIÓN

FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:

MES Y AÑO DE COMIENZO DEL CURSO:

Formación:

PRESENCIAL

DISTANCIA

ON LINE

MÁSTER O CURSO:

DATOS PERSONALES

APELLIDOS:

NOMBRE:

NIF:

E-MAIL:

DIRECCIÓN:

CÓDIGO POSTAL:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

TELÉFONO PARTICULAR:

TELÉFONO OFICINA:

TELÉFONO MÓVIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

 CARNET DE
CONducIR:

 Sí

 No

ESTADO CIVIL:

Señale el turno de preferencia (exclusivamente para clases presenciales), puntuando de 1 a 4 siendo 1 la primera preferencia:

- Mañana
 Tarde (16:00 h. a 19:00 h.)
 Noche (19:00 h. a 22:00 h.)
 Viernes y sábados (viernes de 16:30 a 21:30 h. y sábados de 9:00 a 14:00 h.)

Realiza el Curso/Máster por iniciativa propia o por iniciativa de su empresa:

- Propia Empresa

A rellenar por el Centro
Solicitud admitida:

Sí

No

Fecha:

El Jefe de Estudios:

 Observaciones:

FORMACIÓN OFICIAL

<u>TÍTULO OBTENIDO</u>	<u>FECHA DE FINALIZACIÓN</u>	<u>CENTRO DOCENTE</u>
.....
.....
.....
.....

ESTUDIOS REALIZADOS EN EL CEF

<u>DENOMINACIÓN</u>	<u>FECHA DE INICIO</u>	<u>FECHA FINAL</u>
.....
.....
.....
.....

Pertenece a la Asociación de Antiguos Alumnos del *Centro de Estudios Financieros*:

SÍ

NO

OTRA FORMACIÓN NO OFICIAL

<u>NOMBRE DEL CENTRO</u>	<u>FECHA DE FINALIZACIÓN</u>	<u>TÍTULO O CERTIFICADO OBTENIDO</u>
.....
.....
.....
.....

IDIOMAS

.....	NIVEL:	<input type="checkbox"/>	Dominio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Bajo
.....	NIVEL:	<input type="checkbox"/>	Dominio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Bajo
.....	NIVEL:	<input type="checkbox"/>	Dominio	<input type="checkbox"/>	Alto	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Bajo

INFORMÁTICA

OFIMÁTICA Usuario Medio Avanzado

OTROS PROGRAMAS:

.....

.....

OTROS CONOCIMIENTOS Y DATOS DE INTERÉS

.....

.....

Trabaja actualmente: Sí No

Si la respuesta es afirmativa cumplimente los siguientes datos:

NOMBRE DE LA EMPRESA ACTUAL:		
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	
TELÉFONO:	FAX:	FECHA DE INICIO:
PUESTO O FUNCIÓN DESEMPEÑADA:		

ASOC. PROFESIONALES A LAS QUE PERTENECE (COLEGIOS OFICIALES, ROAC, etc.)

.....

.....

.....

OTRA EXPERIENCIA PROFESIONAL

<u>EMPRESA</u>	<u>FECHA INICIO</u>	<u>FECHA FINAL</u>	<u>PUESTO O FUNCIÓN</u>
.....
.....
.....
.....

SU OPINIÓN NOS IMPORTA

¿Qué objetivos espera alcanzar al realizar el Máster o Curso que solicita?

.....

.....

.....

.....

¿Por qué se ha decidido por el *CEF* para completar su formación?

.....

.....

.....

.....

Fecha:

Firma:

TODA LA INFORMACIÓN FACILITADA ES CONSIDERADA **CONFIDENCIAL**