



REGISTRO DE INSCRIPCIÓN CENTRO MUNICIPAL DE NIVELACIÓN ACADÉMICA

FECHA DE REGISTRO: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO MENOR DE EDAD

NÚMERO DE CÉDULA	
NOMBRES Y APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO	
ES BENEFICIARIO DE OTRO PROGRAMA MUNICIPAL	SÍ () NO () Cuál.....
GÉNERO FEMENINO _____ MASCULINO _____	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL MENOR: Año Escolar: _____ Paralelo: _____ Jornada: _____ Institución Educativa que procede: _____

DISCAPACIDAD NO ___ SÍ ___
TIPO DE DISCAPACIDAD _____
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD _____
NÚMERO DE AGA _____ NÚMERO DE DISTRITO _____ (espacio exclusivo para funcionario)

DATOS DEL REPRESENTANTE DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE CÉDULA:	PARENTESCO:
NOMBRES Y APELLIDOS:	
CONTACTO DE EMERGENCIA: TELF.	PARENTESCO:
DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	
ESTADO CIVIL CASADO _____ DIVORCIADO _____ SOLTERO _____ UNION LIBRE _____ VIUDO _____ OTRO _____	
TELÉFONO CONVENCIONAL	TELÉFONO CELULAR
OCUPACIÓN	CANTIDAD DE HIJOS:

NOTA: Es importante llenar estos campos por el usuario para que tengan acceso a más información de nuestros servicios.
CORREO ELECTRÓNICO: _____ FACEBOOK: _____
INSTAGRAM: _____ TWITTER _____ TIK TOK: _____

ATENCIÓN: Nuestros servicios son gratuitos, pero requieren el compromiso de regularidad y asistencia.

RESPONSABILIDADES DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS:

Cumplimiento de los horarios establecidos; puntualidad (5 minutos antes del inicio de clase); y demás normas establecidas en el reglamento interno.

Como representante del beneficiario/alumno....., confirmo la inscripción en el programa de Nivelación Académica en el periodo

Además, autorizo a la Empresa Pública Municipal DASE a utilizar las fotografías mías, así como de mis hijos y familia para promocionar los programas y proyectos sociales que se desarrollan en el Centro Municipal de Nivelación Académica en caso de tenerlas.

Firma del Representante: _____



www.dase.gob.ec

Luque #204 y Pedro Carbo - 1er piso
Edificio José María Saenz
04 2594800 Ext. 3497