



UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
ARICA – CHILE



SOLICITUD DE REGISTRO
ESTUDIANTES DE PROGRAMA “CISP”
(APPLICATION FORM FOR INTERNATIONAL STUDENTS PARTICIPATING IN “CISP” PROGRAM)

I. INFORMACIÓN PERSONAL / PERSONAL INFORMATION

Apellido / Last Name: _____

Nombres / First and Middle Names : _____

Sexo / Gender: ___ masculino / male ___ femenino / female

Estado Civil / Marital status ___ soltero / single ___ casado / married

Dirección / Home address _____

Teléfono / Phone: _____

Correo electrónico / E-mail: _____

Lugar y fecha de nacimiento / Date and place of birth: _____

Nacionalidad / Nationality: _____ N° de pasaporte / Passport number: _____

Fecha de emisión: ___/___/___
(Date of issue)

Fecha de expiración: ___/___/___
(Expiration date)

II. PERSONA A SER NOTIFICADA / PERSON TO BE NOTIFIED IN CASE OF EMERGENCY

Nombre / Name: _____

Relación / Relationship: _____

Dirección postal / Mailing address: _____

Teléfono (phone): _____

Fax: _____

E-mail: _____

