

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NUEVOS MIEMBROS

DATOS GENERALES

Institución: Página Web:

Rector: E-mail:

Teléfono: + - ó Fax:
indicativo Número más directo Otro número

Dirección: Código Postal: Apartado Aéreo:

Ciudad: Provincia: País:

Encargado Relaciones Internacionales: E-mail:

Otros miembros de su institución que pueden participar en sus actividades y desearían recibir información (boletines, comunicados, convocatorias, etc.)

Nombres:	Cargos:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del Representante de su Institución ante AUALCPI:

DATOS INSTITUCIONALES

Año de Fundación: Tipo de Institución: Pública Privada Mixta
Marque con una X una sola opción

No. de Estudiantes: No. de Profesores de Planta: No. De Campus/Sedes

Oferta de Programas: Pregrado/Licenciatura Especialización Maestría Doctorado
Indique el número de programas con titulación que se ofrecen en cada nivel en su institución

	Pregrado/Licenciatura	Especialización	Maestría	Doctorado
Áreas del Conocimiento en que se ofrecen programas:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indique tres fortalezas principales de la universidad (áreas, programas, ámbitos de actividad, desarrollos...):

1.
2.
3.

EXPECTATIVAS INSTITUCIONALES

Brevemente indique cuáles son las expectativas de su universidad con la participación en AUALCPI:

INFORMACION DE INSCRIPCION

Persona Contacto: Fecha de Inscripción: Día Mes Año
Email: Telefono Directo: Skype:

Firma del Responsable

Documento de Identidad

