

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PERSONAS NATURALES

DIPLOMADO GESTOR COMUNITARIO DE SELVA

Este proceso de formación se desarrolla en el marco de la estrategia de educación ambiental para la vida **“Escuela de Selva Fase II”**

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN QUE PRESENTA AL POSTULANTE	
Departamento:	Municipio:
Nombre completo de la Organización postulante:	
Año de constitución de la Organización:	Teléfono de la Organización:
Dirección de la Organización (vereda, inspección o corregimiento, municipio, departamento):	

DATOS DEL POSTULANTE		
Nombre Completo (Nombres y Apellidos):		Sexo:
Número de Cédula de Ciudadanía:	Fecha de Nacimiento: (día/mes/año)	Edad (años cumplidos):
Escolaridad (años de estudios):	Si pertenece a la organización, especifique año de ingreso:	
Celular:	Correo electrónico (si tiene):	
Domicilio personal (calle, sector, localidad, comuna, departamento, vereda, etc.):		

ACTIVIDAD DE LIDERAZGO COMUNITARIO O COMO DIRIGENTE		
¿Ejecuta trabajo de liderazgo en su vereda? (Marque con X)	SI: _____	NO: _____
En caso de haber respondido SI , a continuación, por favor relacione su experiencia, indicando, por ejemplo: Instancia de participación, Comité, Comisión, Grupo, Nodo de trabajo a la cual pertenece dentro de la organización y que acciones desarrolla:		

ACTIVIDAD PRODUCTIVA		
¿Desarrolla actividades productivas en su vereda, municipio, etc.? (Marque con X)	SI: _____	NO: _____
En caso de haber respondido SI , a continuación, por favor indique que tipo de actividades realiza:		

OTROS ESTUDIOS REALIZADOS		
Señale a continuación las 3 últimas actividades de formación o capacitación en las que haya participado en los últimos 2 años (2021 y 2022)		
Curso	Año	Duración

INTERESES Y EXPECTATIVAS		
<i>¿Por qué le interesa participar en este Diplomado?</i>		
¿Está en la disposición de desarrollar acciones concretas durante y después de cursar este diplomado?	SI ____	NO ____
Describa como considera que podría hacerlo		
Menciones los 3 temas que usted considera necesarios incluir en procesos de formación, para que contribuyan a generar acciones en su territorio en relación con el ambiente.		
1.		
2.		
3.		

DATOS MÉDICOS Y CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
RH y Tipo de sangre:	Alergias:
EPS	Medicamentos permanentes:
Nombre de su contacto de emergencias:	
Parentesco:	Teléfono de contacto:

FIRMA DEL POSTULANTE