

# REGISTRO DE ALUMNOS CURSO PORTUGUÉS PARA LA SALUD

*NOMBRES* \_\_\_\_\_

*APELLIDOS* \_\_\_\_\_

*LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO* \_\_\_\_\_

*DOCUMENTO DE IDENTIDAD* \_\_\_\_\_

*E-MAIL* \_\_\_\_\_

*DIRECCION CASA* \_\_\_\_\_

*TELEFONO CASA* \_\_\_\_\_ *CELULAR* \_\_\_\_\_

*PROFESION* \_\_\_\_\_

*UNIVERSIDAD* \_\_\_\_\_

*EMPRESA DONDE TRABAJA* \_\_\_\_\_

*CARGO* \_\_\_\_\_

*DIRECCION* \_\_\_\_\_ *TELEFONO* \_\_\_\_\_ *FAX* \_\_\_\_\_

*MOTIVO POR EL CUAL DESEA REALIZAR EL CURSO* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*DESEA ESPECIALIZARSE EN BRASIL?* \_\_\_\_\_ *QUE?* \_\_\_\_\_

*FORMA DE PAGO* \_\_\_\_\_ *JORNADA* \_\_\_\_\_

*MEDIO POR EL CUAL SE ENTERO DEL CURSO* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **REFERENCIAS PERSONALES**

1. \_\_\_\_\_ *TELEFONO* \_\_\_\_\_

## **REFERENCIAS FAMILIARES**

2. \_\_\_\_\_ *TELEFONO* \_\_\_\_\_

## INSTITUTO DE CULTURA BRASIL COLOMBIA

### DECLARACION DE MATRICULA

Usted ha tomado una excelente decisión. ¡Bienvenido! Es su oportunidad de contacto con la lengua portuguesa y la cultura del Brasil.

Firmada la presente declaración de matrícula este Instituto se compromete a brindarle el curso **Portugués para Salud- Preparación Examen REVALIDA** - en la modalidad por usted escogida y dentro de las opciones ofrecidas.

Usted se compromete a brindar la información requerida y a acatar el REGLAMENTO DE LOS ALUMNOS, así como los usos y costumbres que regulan la actividad educativa en el país, dentro de las normas de respeto inherentes a la convivencia.

### Condiciones y Restricciones Financieras

\*Mínimo 20 estudiantes.

Para Solicitudes de devolución de dinero se tendrá un plazo máximo de dos (2) días hábiles después de realizado el pago y se deducirá la respectiva comisión bancaria; pasado este tiempo no se harán devoluciones. No se realizarán devoluciones a terceros.

**Importante:** IBRACO informa que podrá cancelar el programa cuando no haya un número mínimo de participantes y procederá a tramitar la devolución del dinero recibido.

### Formas de Pago:

**Consignación, Transferencia y/o pagos por PSE \* - Pregunte por plan de financiación con pagaré**

**Nota:** El Instituto no reintegra dinero por clases no tomadas. El valor de esta matrícula corresponde únicamente a las clases tomadas dentro de la programación del Instituto y el material didáctico del curso en que se está matriculando. Otros servicios tienen costo adicional que pueden ser verificados en secretaría.

Fecha: \_\_\_\_\_

### EL ALUMNO

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### EL INSTITUTO

**BEATRIZ MIRANDA CÔRTEZ**  
Subdirectora Académica