



**FICHA DE MATRICULA FORMACION INTERNACIONAL  
CLINICA EN TERAPIA GESTALT 2020**

**APELLIDOS Y NOMBRES** : \_\_\_\_\_  
**DNI** : \_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO** : \_\_\_\_\_ **EDAD** : \_\_\_\_\_  
**LUGAR DE NACIMIENTO** : \_\_\_\_\_  
**ESTADO CIVIL** : \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO** : \_\_\_\_\_  
**REFERENCIA** : \_\_\_\_\_  
**TELEFONO CASA** : \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRÓNICO** : \_\_\_\_\_  
**UNIVERSIDAD** : \_\_\_\_\_  
**PROFESIÓN** : \_\_\_\_\_  
**CENTRO DE TRABAJO** : \_\_\_\_\_  
**TELEFONO DE TRABAJO** : \_\_\_\_\_

Tiene conocimientos sobre Terapia Gestalt: SI  NO

**Otras Formaciones Realizadas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Porque le interesa la Formación en Terapia Gestalt:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha:** ...../...../.....

.....

**FIRMA**