



I N S T I T U T O

CRISTO PARA LAS NACIONES

Ciudad de México - CDMX

"Programa Especial para Iglesias CFN-Internship"

SOLICITUD

FOTOGRAFÍA

La solicitud no
estará completa
sin la fotografía

Uso Exclusivo Admisiones

Fecha Rec ____/____/____

Pago Inscr ____/____/____

ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE

Estudiante Nuevo Ex-alumno ID # _____

¿Cuándo planea asistir? Primavera Verano Otoño Invierno

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

IFE _____ CURP _____

Dirección Actual _____ País _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ País _____

Teléfono (____) _____ Cel. _____

Dirección Permanente _____ País _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ País _____

Teléfono (____) _____ E-mail _____ Página Web _____

Red social o Facebook _____

DATOS PERSONALESSexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Fecha del matrimonio ____/____/____ (Día/Mes/Año)

Si se ha separado o divorciado, por favor indique la fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Nacionalidad _____

Fecha de Graduación de Preparatoria, equivalente o carrera técnica: ____/____/____

Lugar de Nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

ÁREA ESPIRITUAL

¿Cuándo aceptó a Jesucristo como su Salvador? Fecha ____/____/____

¿Ha tenido la experiencia de Hechos 2:4? Sí No Fecha ____/____/____¿Asiste a alguna iglesia o grupo con regularidad? Sí No

Indique en qué ministerio(s) ha estado involucrado _____



Nombre de la Iglesia _____

Cobertura / Denominación _____

Nombre del pastor _____ Tel. (____) _____

Dirección de la Iglesia _____
_____ Tel. (____) _____

Calle Ciudad Estado C.P. _____

A R E A F A M I L I A R

Cónyuge:

Nombre completo del cónyuge _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Ocupación _____

Hijos:

Nombre _____ Fecha Nac. ____/____/____ _ M _ F

Nombre _____ Fecha Nac. ____/____/____ _ M _ F

Nombre _____ Fecha Nac. ____/____/____ _ M _ F

Nombre _____ Fecha Nac. ____/____/____ _ M _ F

Nombre _____ Fecha Nac. ____/____/____ _ M _ F

P A D R E S:

Nombre del Padre o Tutor, ¿Vive? __ Si __ No _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono (____) _____ Ocupación _____ Denominación _____

Nombre de la Madre o Tutora, ¿Vive? __ Sí __ No _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono (____) _____ Ocupación _____ Denominación _____

E S C O L A R I D A D:

Secundaria _____ Periodo _____ ¿Certificado? __ Si __ No

Preparatoria/Bachillerato _____ Periodo _____ ¿Certificado? __ Sí __ No

Universidad _____ Periodo _____ Título obtenido _____

Otros _____ Periodo _____ Título obtenido _____

E X P E R I E N C I A L A B O R A L:

Lugar de Trabajo Actual _____

Dirección _____

Fecha de Inicio ____/____/____

Tareas Realizadas _____



Lugar de Trabajo Anterior _____

Dirección _____

Fecha de Inicio ____/____/____ Fecha terminación ____/____/____

Tareas Realizadas _____

Causas de separación _____

HISTORIA:

¿Ha usado alguna vez drogas ilegales? Sí No En el caso afirmativo, cite la fecha del último consumo y explique: ____/____/____

¿Ha tenido alguna actividad sexual fuera del matrimonio?

Sí No Fechas _____

¿Ha estado involucrado en homosexualidad o lesbianismo?

Sí No Fechas _____

¿Ha fumado recientemente? Sí No ¿Ha ingerido bebidas alcohólicas recientemente? Sí No

Si ocurrió en el pasado, cite la última fecha: Tabaco ____/____/____ Alcohol ____/____/____

¿Ha sido arrestado? Sí No ¿Cuándo? ____/____/____ ¿Ha estado preso? Sí No ____/____/____

¿Está en libertad condicional? Sí No Fecha Inicio ____/____/____ Fecha Fin ____/____/____

En caso de que alguna de las respuestas anteriores sea afirmativa, adjunte la explicación en una hoja aparte.

SALUD:

Por favor describa su condición física y emocional, o informe de alguna atención especial o tratamiento requerido _____

¿Alguna vez ha interrumpido sus estudios o empleo por causa de un desorden físico o nervioso? Sí No

FINANZAS:

¿Cómo planea pagar su educación? _____

HOSPEDAJE

¿Requiere de hospedaje? Sí No

ACUERDO

Certifico que he leído lo establecido en los objetivos y las normas del Instituto. Los acepto, y también el "cumplimiento" de las reglas específicas de conducta instituidas, mientras sea un estudiante del Instituto Cristo para las Naciones CDMX Programa Especial CFN-Internship.

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha

E

I instituto se reserva el derecho de requerir la baja de cualquier estudiante que se muestre en desacuerdo o por infracción con las políticas y principios rectores o la visión del Instituto.



DECLARACIÓN DE PROPÓSITO

NOTA: ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADA POR EL SOLICITANTE

Fecha ____/____/____ Nombre del solicitante _____

Dirección Actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ País _____

Teléfono (____) _____ E-mail _____ País de Ciudadanía _____

Por favor, escriba a máquina o con letra de molde.

1. Dé una breve descripción de su salvación y experiencia en el ministerio. **POR FAVOR, LIMITE SU ESCRITO A 100 PALABRAS.**

2. Explique porqué desea asistir al Instituto Cristo para las Naciones CDMX Programa Especial CFN-Internship, y ¿qué desea obtener durante su tiempo aquí?
