



I N S T I T U T O

CRISTO PARA LAS NACIONES

Ciudad de México - CDMX

"Programa Especial para Iglesias CFN-Internship"

FOTOGRAFÍA

La solicitud no
estará completa
sin la fotografía

Uso Exclusivo Admisiones

Fecha Rec ____/____/____

Pago Inscr ____/____/____

SOLICITUD

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 PERSONALES

Sexo: ____ 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 _____

AREA 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. _____

AREA FAMILIAR

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

PADRES:

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 _____

ESCOLARIDAD:

Secundaria _____ Periodo _____ ¿Certificado? __ Si __ No

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

Universidad _____ Periodo _____ Título obtenido _____

Otros _____ Periodo _____ Título obtenido _____

EXPERIENCIA LABORAL:

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? ☐ Si ☐ 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 la políticas y principios rectores o la vision del Instituto.

