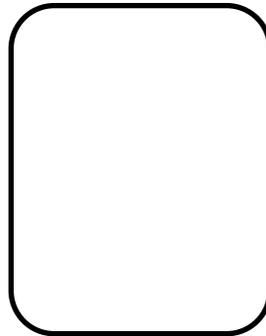


COLEGIO DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE MÉXICO A.C.

Ficha de inscripción



Datos personales*

Nombre	
Fecha de nacimiento	
Nacionalidad	
Edad	
Sexo	

Dirección*

Calle		
Número		
Colonia		
Número	Ext	Int
Estado		
Delegación/municipio		
Código postal		
Teléfono		
Celular		
Correo electrónico		

Datos Laborales

Trabajo actual		
Nombre de la Empresa /institución		
Dirección		
Calle		
Colonia		
Número	Ext	Int
Delegación/municipio	Toluca	
Código postal		
Teléfono		
Celular		
Correo electrónico		

Datos académicos *

Institución Educativa donde obtuvo el grado de Terapeuta Ocupacional		
Generación		
Año de ingreso y egreso		
Título obtenido		
Cedula profesional		
Grados de Estudio de postgrado*		
Licenciatura		
Maestría		
Doctorado		
Otros		

Cursos Relacionados a la Terapia Ocupacional*

Año	Nombre del Curso	Institución que la otorga

Investigación / libros/ artículos publicados

AVISO DE PRIVACIDAD

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México A.C. con fundamento en la Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional de la Ciudad de México y los Estatutos Sociales del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de México, A. C. Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder a completar el trámite de inscripción como ASOCIADO. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

ACEPTO

Nombre Completo

Fecha: _____

Firma: _____