

ONG PSICOTERAPEUTAS SIN FRONTERAS – INSTITUTO DE HIPNOSIS

PROGRAMA DE MEDIAS BECAS - FICHA DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
CONVOCATORIA SABADO 12 DE SEPTIEMBRE DE 2026.

FORMACIÓN EN HIPNOSIS.

(Por favor remitir la ficha a: solicitudes.institutodehipnosis@gmail.com)



Favor escribir sus datos sin obviar las tildes

Colocar su foto

DATOS DEL PARTICIPANTE	
PRIMER NOMBRE	Edwar
SEGUNDO (s) NOMBRE (s)	Vinicio
APELLIDO PATERNO	Valladares
APELLIDO MATERNO	Muñoz
NACIONALIDAD	Guatemalteco
SEXO SEGÚN DNI / CÉDULA	Masculino
NÚMERO DE DNI	1944774280613
PASAPORTE O CÉDULA (EXTRANJEROS)	194477428
FECHA DE NACIMIENTO (Día/mes/año)	08/11/1989
CELULAR / WHATSAPP (INDICAR CÓDIGO DE PAÍS SINO ES DE PERÚ)	502 59238848
EMAIL (PREFERENCIA GMAIL)	edurade59@gmail.com
PROFESIÓN	Psicólogo
UNIVERSIDAD	San Carlos de Guatemala
INSTITUTO	Escuela de Psicología USAC
OCUPACIÓN	Psicólogo Clínico
CENTRO DE TRABAJO	Clínica Privada
LUGAR DE RESIDENCIA LEGAL DEL PARTICIPANTE	
PAÍS	Guatemala
DEPARTAMENTO	Guatemala
CIUDAD	Guatemala
DISTRITO	Zona 12, ciudad

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL CURSO?	☒ Facebook	☐ WhatsApp
	☐ Instagram	☐ Correo
	☐ Tik Tok	☐ Reingreso
	☐ Participante de otra formación	☐ Recomendado por:
¿POR QUÉ DESEA SER PARTE DEL PROGRAMA?	Deseo ser parte del programa porque me interesa ampliar mis herramientas terapéuticas e integrar la hipnosis clínica como un recurso complementario dentro de mi práctica psicológica. Busco fortalecer mi formación con técnicas basadas en un abordaje profesional y responsable que puedan enriquecer el trabajo con distintos procesos emocionales y terapéuticos.	

REQUISITOS: 1 COPIA DE DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIDAD. SE ENVIA POR EMAIL JUNTO CON EL REGLAMENTO UNA VEZ SEA ACEPTADO(A) AL PROGRAMA DE BECAS.

