



# PRE-INSCRIPCIÓN

**Consultorio N°** \_\_\_\_\_

(Nombre Completo) \_\_\_\_\_

**Estudiante-Practicante de la Facultad de Derecho de la Corporación Universitaria Republicana semestre \_\_\_\_\_, jornada \_\_\_\_\_, inscrito en el programa: (marcar con una X) tradicional \_\_\_\_\_ o acelerado \_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, con código N° \_\_\_\_\_, procedo a realizar preinscripción de la materia del Consultorio Jurídico número \_\_\_\_\_, y declaro bajo gravedad de juramento que:**



Conozco el contenido del **REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO Y BUEN GOBIERNO DEL CONSULTORIO JURÍDICO DE LA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REPUBLICANA**, por tanto, acepto y me obligo a cumplir con los siguientes requisitos esenciales para poder cursar la materia: **1.** Estar al día en cada una de las materias del pensum académico. **2.** Estar matriculado académica y financieramente en la Corporación Universitaria Republicana para el semestre en el cual se realizará la práctica. **3.** Haberme preinscrito de acuerdo en los términos señalados por el Consultorio Jurídico. **4.** Me comprometo a acreditar mi calidad de funcionario público con certificación actualizada la cual reposará en mi carpeta al inicio de cada semestre. **5.** Me obligo a saber el contenido y a suscribir las *cartas-compromisos* de cada proceso académico del Consultorio Jurídico.

En caso de no cumplir con alguno o todos los requisitos concurrentes de los numerales anteriores, aceptó que no podré ver la asignatura de Consultorio Jurídico y que deberé pre inscribirse nuevamente para el próximo ciclo académico en el cual cumpla con los anteriores requisitos, si no hago el retiro y/o aplazamiento en los términos estipulados, aceptó que la materia quedará inscrita y se dará como vista y pérdida.

**Firma de estudiante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Código universitario del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la Inscripción:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONCILIADOR PRACTICANTE**

¿Actualmente curso y aprobé la materia de MACS (o Diplomado de Conciliación)?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha en que curso la Materia: \_\_\_\_\_

Profesor que dicto la materia: \_\_\_\_\_

¿Es usted funcionario público? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Documento con el que acredita tal calidad: \_\_\_\_\_

**Firma del practicante:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA ELABORADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA REVISADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA APROBADO



## HOJA DE VIDA DEL PRACTICANTE

Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Cedula N°: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_  
Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono de domicilio: \_\_\_\_\_  
Funcionario público: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Acreditación: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Empresa: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Empresa: \_\_\_\_\_

## REFERENCIAS FAMILIARES DEL ESTUDIANTE - PRACTICANTE

Nombre de Esposo (a) o compañero (a): \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N° de Contacto: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N° de Contacto: \_\_\_\_\_

Nota: manifiesto que todos los datos aquí suministrados son reales y actuales. Por tal razón me obligo a mantener actualizada esta información en caso de cambios.

Firma del practicante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
ELABORADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
REVISADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
APROBADO