PRE-INSCRIPCIÓN

Consultorio N° _____

(Nombre Completo) _____

FOTO ACTUALIZADA

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 Nª _____ 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 aprobó 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 obligó a mantener actualizada esta información en caso de cambios.

Firma del practicante: _____

_____	_____	_____
FIRMA ELABORADO	**FIRMA** REVISADO	**FIRMA** APROBADO