

## **PREINSCRIPCIÓN**

Consultorio N°	
(Nombre Completo)	
Estudiante-Practicante de la Facultad de Derecho de l	~
Corporación Universitaria Republicana semestre, jornad	1010
, identificado con la cédula de ciudadanía númer expedida en, co	~~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~
código N°, procedo a realizar preinscripción de l	''
materia del Consultorio Jurídico número,	y
declaro bajo gravedad de juramento que:	
Conozco el contenido del <b>REGLAMENTO INTERNO DE FUN</b>	
GOBIERNO DEL CONSULTORIO JURÍDICO DE LA FACULTAD DE	
POLÍTICAS DE LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REPUBLICAI	
obligo a cumplir con los siguientes requisitos esenciales para poder con día en cada una de las materias del pensum académico. 2. Esta	
financieramente en la Corporación Universitaria Republicana para	•
realizará la práctica. 3. Haberse pre-inscrito de acuerdo en los t	•
Consultorio Jurídico. <b>4</b> . Me comprometo a acreditar mi calidad d	
certificación actualizada la cual reposara en mi carpeta al inicio de ca	•
saber el contenido y a suscribir las cartas-compromisos de cad	a proceso académico del
Consultorio Jurídico.	
En caso de no cumplir con alguno o todos los requisitos concurrentes o	
aceptó que no podré ver la asignatura de Consultorio Jurídico y nuevamente para el próximo ciclo académico en el cual cumpla con los	·
hago el retiro y/o aplazamiento en los términos estipulados, aceptó que	•
y se dará como vista y pérdida.	na materia quedara modita
Firma de estudiante:	
Nombre del estudiante:	
Código universitario del estudiante:	
Fecha de la Inscripción:	
•	
DATOS DEL CONCILIADOR PRACTI	CANTE
DATOS DEL CONCILIADOR PRACTI	CANIL
¿Actualmente curso y aprobó la materia de MACS (o Diplomado de C	onciliación)?
Si No	, and the second
Fecha en que curso la Materia:	
Profesor que dicto la materia:	
¿Es usted funcionario público? Si No	
Documento con el que acredita tal calidad:	
Firms del presticents	
Firma del practicante:	
FIRMAFIRMAFIRMAELABORADOREVISADOAPROBADO	



## HOJA DE VIDA DEL PARTICIPANTE

Nombres:				
Apellidos:				
Cedula N°:	de			
Código:				
Sexo: F M Esta	do 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: _				
Nombre de Esposo (a) o o				TICANTE
N°	zompanoro (a):	de		Contacto:
		uc		Goritacio.
Nombre del Padre:				
	N° de Contacto:			
Nombre de la Madre:				
Dirección:		N° de Contac	to:	
Nota: manifiesto que too razón me obligó a manter		-	_	ales. Por tal
Firma del practicant	'e:			
FIRMA ELABORADO	FIRMA REVISAL		FIRMA APROBADO	