

**HOJA DE INSCRIPCIÓN**

**Post Grado en Terapia Acuática**

**­­­­­­­Caribbean Campus**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Oficina y/o Residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interés en curso: Marcar y explicar

1. \_\_\_\_ Comenzar trayectoria en terapias en agua
2. \_\_\_\_\_ Ampliar conocimientos de práctica como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Enriquecimiento personal

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicito ser inscrito al Programa de Certificación Post Grado en Terapia Acuática.Junto a esta solicitud hago entrega de mi Resumé y copia de mi licencia emitida por el Departamento de Salud. De ser aceptado en el Programa me comprometo a entregar los siguientes documentos en la fecha requerida:

A. Certificado Negativo de Antecedentes Penales - emitido por la Policía de PR

B. Certificado Negativo del Registro de Ofensores Sexuales

C. Carta de Recomendación de lugar de trabajo; en el caso de estudiantes puede ser carta de un profesor

D. Certificación CPR

E. Certificación Curso de VIH

**Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aprobado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**