



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMO MIEMBRO ASOCIADO

Los datos aquí consignados son de uso exclusivo del COLEGIO COLOMBIANO DE ARCHIVISTAS. La información diligenciada en este formulario será verificada por parte de la Junta Directiva.

Fecha de inscripción: día ____ mes ____ año ____

Información general

Apellidos: _____ Nombres: _____

Tipo de identificación: [] Cédula de ciudadanía [] Cédula de extranjería [] Pasaporte

Número de identificación: _____

Ciudad y departamento de residencia: _____

Dirección de residencia: _____

Teléfono de residencia: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Empresa donde labora: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Información académica

Título profesional: _____

Nombre de la institución: _____ Año de grado: _____

Título de postgrado: _____

Nombre de la institución: _____ Año de grado: _____

Firma: _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL COLEGIO COLOMBIANO DE ARCHIVISTAS, CCA

Aceptado en reunión de Junta Directiva del día: _____ mes: _____ año: _____
Asociado No. _____ Notificado mediante Resolución No. _____ de _____
Inscripción denegada según los Estatutos por:

CARLOS ALBERTO CASTILLO MUÑOZ
Presidente

LILIANA MAYORGA TOVAR
Secretario General