



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS COGNITIVAS

FORMATO DE REGISTRO

Favor de llenar el presente formato.
Los datos aquí proporcionados son confidenciales.



NOMBRE DEL TALLER: _____

¿POR QUÉ LE INTERESA EL TALLER?: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE ESTE TALLER? _____

NOMBRE COMPLETO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____

OCUPACIÓN ACTUAL: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____

