

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

**FECHA:**   -   -     **MATRÍCULA:**     -

Día                      Mes                      Año

**APELLIDO(S):**

**NOMBRE(S):**

**TIPO:**  Tecnólogo **DIRECCIÓN:**   
 Empleado

**CENTRO DE EXCELENCIA:**  ILS  Manufactura Automatizada **TELÉFONO:**   -   -      
 Mecatrónica  Tecnología de la Información **CELULAR:**   -      
 Multimedia  Software

**CORREO ELECTRÓNICO:**

SERVICIO	NÚMERO DE EXAMEN	PROGRAMACIÓN DE FECHAS
<input type="checkbox"/>		Fecha (1) Seleccionada <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día                      Mes                      Año
Examen de Certificación		Fecha (2) Seleccionada <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día                      Mes                      Año

Tipo	CLASIFICACIÓN DE LOS EXAMENES DE CERTIFICACIÓN					
	ITLA Language School (ILS)	Manufactura Automatizada (MMA)	Mecatrónica (MME)	Multimedia (MM)	Software (SW)	Tecnología de la Información (TI)
Requeridas u Obligatorias	<input type="checkbox"/> TOEIC	<input type="checkbox"/> CSWA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Photoshop	<input type="checkbox"/> Java	<input type="checkbox"/> CCNA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mastercam Mill (Nivel 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Illustrator	<input type="checkbox"/> .Net	<input type="checkbox"/> Security
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> InDesign	<input type="checkbox"/> PHP	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	Otro	<input type="checkbox"/>

**Para uso del Encargado del Centro VUE.-**

**FECHA REAL DE LA EVALUACIÓN:**       **COSTO DEL EXAMEN:**

Día                      Mes                      Año

**NOMBRE DE LA EVALUACIÓN:**

Firma del(de la) Encargado(a) del Centro VUE

Firma del(de la) Estudiante

Firma del(de la) Encargado(a) de Centro de Excelencia

Firma del(de la) Encargado(a) de Registro

Firma del Gerente de Finanzas