



## FORMULARIO DE APLICACIÓN PROGRAMA **INTERÍN**

### PASOS PARA REALIZAR EL REGISTRO AL PROGRAMA:

1. **Imprime y completa** el siguiente **formulario** en letra de molde.
2. **Realiza tu pago** mediante una de estas vías:

**a. Presencial.** *Si optas por esta opción, presenta el formulario en la Oficina de Registro de la Escuela.*

**Opciones de pago:**

Efectivo, Tarjetas de Créditos (Visa, MasterCard y American Express),  
Tarjetas de Débito y Cheques Certificados

Si prefieres realizar el pago mediante una de estas opciones, sigue los pasos detallados a continuación:

**b. Depósito o transferencia**

Institución Financiera: Banco Popular Dominicano

Número de cuenta: 7421664 (en Pesos Dominicanos)

Una vez realizada la transferencia o depósito, envía el comprobante y el formulario a la Oficina de Registro por correo electrónico ([registro@altosdechavon.com](mailto:registro@altosdechavon.com)) para completar el proceso.

**c. Tarjeta de Crédito** (a distancia)

Llena el formulario anexo (Página 3) y envíalo a la Oficina de Registro por correo electrónico ([registro@altosdechavon.com](mailto:registro@altosdechavon.com)) para completar el proceso.

# FORMULARIO DE APLICACIÓN PROGRAMA INTERÍN

PERÍODO ENERO

## DATOS PERSONALES \* FAVOR COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE

NOMBRES \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_  
 HOMBRE  MUJER EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_  
 SOLTERO  CASADO N° DE CÉDULA / PASAPORTE \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
SECTOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_  
TELÉFONO RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_  
PROFESIÓN \_\_\_\_\_ EMPRESA \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ TELÉFONOS \_\_\_\_\_  
EMAIL \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

## ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS PROGRAMAS?

AMIGOS  CATÁLOGO  VISITA | SESIÓN INFORMATIVA  FAMILIA  REDES SOCIALES  PÁGINA WEB  
 PUBLICIDAD (PRENSA, RADIO, ETC...) \_\_\_\_\_ (ESPECIFIQUE)  OTRO \_\_\_\_\_ (ESPECIFIQUE)

## CURSOS SELECCIONADOS

CURSO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
CURSO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
CURSO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

En caso de necesitar comprobante fiscal favor especifique

Nombre de la Empresa y RNC \_\_\_\_\_

**PRESENTAR DOCUMENTOS EN LA OFICINA DE REGISTRO | Campus Santo Domingo o enviar por correo electrónico a: [registro@altosdechavon.com](mailto:registro@altosdechavon.com)**

Dirección: c/Paseo de los Aviadores #5, Miraflores, Santo Domingo, República Dominicana., Teléfono: 809.563.2802

**POLÍTICA DE ADMISIÓN Y PAGO:** El aplicante deberá presentar la planilla debidamente completada a la hora de inscripción junto al pago correspondiente. Deberá pagar el 100% de la matrícula para reservar y ser admitido al curso, previo al inicio del mismo. Todos los participantes deben tener mínimo 18 años de edad y presentar identificación oficial en forma de cédula o pasaporte. **CHAVÓN La Escuela de Diseño** se reserva el derecho de cancelar y/o realizar cualquier cambio en el programa presentado.

**POLÍTICA DE RETIROS:** En caso de requerir retiro del curso, el participante deberá comunicarlo a La Escuela dentro de las primeras 48 horas del inicio del curso, de lo contrario La Escuela se reserva el derecho de devolver solamente el 50% de la matrícula. Si el estudiante decide discontinuar su participación antes de la segunda semana del curso, por razones ajenas a la institución, se le reembolsará el 50% de la matrícula exclusivamente. Retiros posteriores a la segunda semana del curso no incluyen devolución de ningún porcentaje de la matrícula.

**POLÍTICA DE CANCELACIONES:** Si el curso es cancelado por La Escuela, les será reembolsado el costo de su matrícula en un 100% a todos los participantes.

\* Autorizo a La Escuela a utilizar mi imagen en fotografías y videos, captados durante el programa por tiempo indefinido.  SI  NO

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE FORMULARIO.  SI  NO

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



**FUNDACIÓN CENTRO CULTURAL ALTOS DE CHAVÓN**  
RNC. 4-12-02036-4 REPÚBLICA DOMINICANA

**AUTORIZACION USO DE TARJETA DE CREDITO** \* FAVOR COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE

---

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

PROGRAMA (S) A CURSAR: \_\_\_\_\_

MONTO A CARGAR A LA TARJETA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL PORTADOR: \_\_\_\_\_

NO. DE LA TARJETA DE CRÉDITO: \_\_\_\_\_

FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA TARJETA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PORTADOR DE LA TARJETA: \_\_\_\_\_

---

**NOTA:** FAVOR ENVIAR FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO VIA EMAIL A LA SRA. YUSCLENIA MATEO, OFICINA DE REGISTRO: [REGISTRO@ALTOSDECHAVON.COM](mailto:REGISTRO@ALTOSDECHAVON.COM) | TEL. (809) 563.2802