

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE FORMACIÓN**

Versión: 02

Fecha: 15/03/2017

Aprobó: Directora de
Servicios Registrales,
Arbitraje y Conciliación**DIPLOMADO DE FORMACIÓN DE CONCILIADORES EN DERECHO****PROMOCIÓN N° 33
ABRIL DE 2019**

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES: En mi calidad de titular de los datos personales, incluidos, mi imagen, voz y/o multimedia suministrados y capturados en el presente formulario y evento, manifiesto mi autorización de manera libre, inequívoca y expresa para su tratamiento por parte de la Cámara de Comercio de Cartagena, con el fin de que sean utilizados para el aviso de servicios y/o eventos iguales o similares a los recibidos en la presente actividad, incluyendo las finalidades previstas en el Decreto 1074 de 2015, asimismo, autorizo el uso, la edición, la difusión sobre las imágenes y voz grabadas en el marco de la presente actividad en los medios impresos, audiovisuales y/o multimedia que la Cámara de Comercio de Cartagena posee en la actualidad y los cuales tengan como finalidad, fines educativos, de desarrollo, de creatividad y de conocimiento para el impulso, desarrollo y crecimiento empresarial. En cualquier caso la Cámara de Comercio de Cartagena protege los datos personales aquí suministrados y obtenidos de acuerdo a lo previsto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y dentro de los términos del Aviso de Privacidad y la Política de Protección de Datos Personales adoptados por la Cámara de Comercio de Cartagena, los cuales se pueden consultar en la página www.cartagena.org.co/habeasdata

Nombre Completo*			
Apellidos Completos*			
Cédula*		No. Tarjeta profesional*	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento*: Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		
Dirección de residencia*			
Ciudad*		Estado civil	
Teléfono*		Celular*	
Correo electrónico*			
Estudios: <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro			
Profesión*			
Fecha de Grado y universidad de egreso:			
Organización/Empresa*			
Cargo*			
Años de experiencia Laboral*: <input type="text"/>	Otra profesión*:		
¿Cómo se enteró de esta capacitación?		¿Por qué escogió a la Cámara de Comercio?	

*Campos de carácter obligatorio.