**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D**atos personales** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **País:** |  | | | | **Doc. Identidad o Pasaporte :** | | | | | | | |  | | | |
| **Nombre:** |  | | | **Apellidos:** | | | | |  | | | | | | | |
| **Cargo:** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Institución:** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Es Vd. Coordinador nacional de cumbre por su institución?** | | | | | | | | | | | SI |  | | | NO |  |
| **Teléfonos:** |  | | | | | | **E-mail:** | | | |  | | | | | |
| **Grupo de trabajo** | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| D**atos de acompañante** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **País:** | |  | | | | **Doc. Identidad o Pasaporte:** | | | | | | | |  | | |
| **Nombre:** | |  | | **Apellidos:** | | | | | |  | | | | | | |
| **Itinerario de Llegada a** PANAMA **(\*)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Origen** | | | | | | | | **Destino** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Fecha de llegada** | | | | | | | | **Vuelo y hora de llegada** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Otros datos de su itinerario de llegada** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Itinerario de salida de** PANAMA(\*) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Origen** | | | | | | | | **Destino** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Fecha de salida** | | | | | | | | **Vuelo y hora de salida** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Otros datos de su itinerario de salida** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

***Continúe por favor con la inscripción en la página siguiente.***

***Tener en consideración:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA MÉDICA** | | | | | | | | |
| Grupo sanguíneo: | | | | |  | | | |
| 1.- ¿Sufre usted alguna enfermedad crónica?: | | | | | | | | |
| SI |  | NO |  | Especifique: | |  | | |
|  | | | | | |
| 2.-¿Sufre usted algún tipo de alergia a algún medicamento?: | | | | | | | | |
| SI |  | NO |  | Especifique: | |  | | |
|  | | | | | |
| 3.- ¿Sufre usted algún tipo de alergia a alguna comida?: | | | | | | | | |
| SI |  | NO |  | Especifique: | |  | | |
|  | | | | | |
| 4.- ¿Requiere usted de algún tipo de dieta o atención médica especial?: | | | | | | | | |
| SI |  | NO |  | Especifique: | |  | | |
|  | | | | | |
| 5.- ¿Alguna otra observación de carácter médico?: | | | | | | | | |
| SI |  | NO |  | Especifique: | |  | | |
|  | | | | | |
| 6.- Datos de un médico de confianza o persona de contacto en caso de emergencia | | | | | | | | |
| Nombre y Apellidos | | | | | | |  | |
| Teléfono | | |  | | | | Email |  |

* ***Guarde el formulario cumplimentado en su disco para disponer de una copia, y poder enviar modificaciones posteriormente en caso de que se produzcan (cambios en itinerario, etc.).***
* *Por favor, envíe el formulario cumplimentado* ***antes del 29 de julio de 2016.*** *Si no dispone en ese momento de su itinerario, deje el trayecto en blanco. Posteriormente podrá comunicar su recorrido con este mismo formulario, completado con los datos de su viaje.*
* *Envío del documento por correo electrónico a* [*itzelyuritza@gmail.com*](mailto:itzelyuritza@gmail.com)*;* [*mileykar14@gmail.com*](mailto:mileykar14@gmail.com) *con copia a* [*sec.permanente.cumbre@poderjudicial.gub.uy*](mailto:sec.permanente.cumbre@poderjudicial.gub.uy) *y* [*secretaria.protempore@funcionjudicial.gob.ec*](mailto:secretaria.protempore@funcionjudicial.gob.ec)