**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (plazo envío antes del 30 de abril de 2015)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales** | | | | | | | | | | | | | |
| **País:** |  | | | | **Doc. Identidad o Pasaporte :** | | | | | | |  | |
| **Nombre:** |  | | | **Apellidos:** | | | | |  | | | | |
| **Cargo:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Institución:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfonos:** |  | | | | | | **E-mail:** | | | |  | | |
| **Grupo de trabajo** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Datos de acompañante** | | | | | | | | | | | | | |
| **País:** | |  | | | | **Doc. Identidad o Pasaporte:** | | | | | | |  |
| **Nombre:** | |  | | **Apellidos:** | | | | | |  | | | |
| **Cargo:** | |  | |
| **Itinerario de Llegada a Bogotá(\*)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Origen** | | | | | | | | **Destino** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Fecha de llegada** | | | | | | | | **Vuelo y hora de llegada** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Otros datos de su itinerario de llegada** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Itinerario de salida de Bogotá (\*)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Origen** | | | | | | | | **Destino** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Fecha de salida** | | | | | | | | **Vuelo y hora de salida** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| **Otros datos de su itinerario de salida** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

* *Si* ***antes del 30 de abril no dispone de su itinerario, guarde el formulario en disco y envíe esta hoja de inscripción*** *con el trayecto en blanco.* ***Posteriormente*** *podrá comunicar su recorrido con este mismo formulario, completado con los datos de su itinerario.*
* *Continúe por favor con la inscripción en la página siguiente.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA MÉDICA** | | | | | | | | |
| Grupo sanguíneo: | | | | |  | | | |
| 1.- ¿Sufre usted alguna enfermedad crónica?: | | | | | | | | |
|  |  | 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.).***
* ***Envío del documento por correo electrónico a jreyesh@consejosuperior.ramajudicial.gov.co;* *con copia a***[***secretaria.permanente.cumbre.judicial@cgpj.es***](mailto:secretaria.permanente.cumbre.judicial@cgpj.es)**;** [***secretariaprotempore@pj.gov.py***](mailto:secretariaprotempore@pj.gov.py)***;***