



Consejo de Acreditación de Programas Educativos en Matemáticas

**Solicitud de inscripción al
Primer Taller de Formación de Evaluadores de CAPEM**

Institución _____

Domicilio fiscal: _____

Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____

Colonia o localidad _____ Municipio o Delegación _____

Ciudad _____ Entidad Federativa _____ C.P. _____

RFC: _____

Teléfono con clave lada _____

URL: _____

Nombre y cargo del representante de la Institución _____

Programa Educativo: _____

Responsable: _____

Correo electrónico _____

Teléfonos con clave lada _____

Fax con clave lada _____

Nombre del participante: _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Correo electrónico _____

Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ Celular _____

Fecha de pago: _____

Folio: _____

Nombre y firma del representante de la
Institución y/o Programa Educativo

Nombre y firma del participante

Fecha: _____

Anexar: **Carta de motivos del participante**
Curriculum resumido del participante
1 fotografía tamaño infantil del participante