|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Curso al que se inscribe: |  | Fecha: |  |

Día de cursada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido |  |
| Nombre |  |
| DNI: |  |
| Dirección: |  | Nº: |  | piso: |  | Dto.: |  |
| Localidad: |  | CP: |  | Provincia: |  |
| Teléfono: |  | Celular: |  |  |
| E-Mail: |  |
| Fecha de nac.: |  | Nacionalidad: |  |
| Ocupación: |  |

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

Marque con una cruz donde corresponda

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Completo** | **Incompleto** | **En curso** |  **Título** |
| **Primario** |  |  |  |  |
| **Secundario** |  |  |  |  |
| **Terciario** |  |  |  |  |
| **Universitario** |  |  |  |  |

**Otros estudios:**

|  |
| --- |
| ***Idioma inglés:*** |
| desconoce |  |  técnico |  | básico |  | medio |  | alto |  |
| ***Informática:*** |
| desconoce |  | básico |  | medio |  | alto |  |
| ***Conocimiento musical:*** |
| desconoce |  | básico |  | medio |  | alto |  |
| ***Toca algún instrumento:*** |
| Sí |  | No |  | ¿Cuál? |  |
| ***Conocimientos de sonido:*** |
| desconoce |  | básico |  | medio |  | alto |  |

***¿Estudió anteriormente en otra escuela/instituto de sonido?***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | ¿Cuál? |  |

***¿Finalizó sus estudios allí?***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí |  | No |  | ¿Por qué? |  |

**Otros estudios realizados:**

|  |  |
| --- | --- |
| Título: |  |
| Año: |  | Institución: |  |
|  |  |  |  |
| Título: |  |
| Año: |  | Institución: |  |
|  |  |  |  |

**Indique qué formatos y temas son de su interés:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Carreras integrales  |  | Sonido en vivo |
|  | Cursos & talleres |  | Grabación |
|  | Cursos a distancia |  | Mezcla |
|  |  |  | Acústica |
|  |  |  | Mastering |
|  |  |  | Producción  |
|  |  |  | Música |

**¿Cómo conoció la Escuela de Sonido ECOS?:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Completar solamente en caso de realizar un curso en modalidad presencial.

|  |  |
| --- | --- |
| Alergia a algún alimento o medicamento: |  |
| Medicamento que tome con regularidad: |  |
| Alguna enfermedad de relevancia: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obra Social: |  | Teléfono: |  |

En caso de emergencia llamar a:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Relación: |  | Teléfono: |  |

|  |
| --- |
| Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |