



instituto kino

Programa para los estudios teológicos y la formación del ministerio pastoral

CONFIDENCIAL

Formulario (Forma) de Datos Personales

Participante/Facultad Adicional

Saludo:

- Sr. Sra. Sñta.
 Padre Hmna. Dcn.

Nombre: Fecha de Nacimiento: Genero: Femenino Masculino

Dirección: Ciudad: Estado: Código:

Teléfono: # Celular: Correo electrónico:

Parroquia/Comunidad de Fe:

Información de Contacto de Emergencia:

1er Contacto de Emergencia

Nombre: Relación:

Dirección: Ciudad: Estado: Código:

Teléfono : # Celular: Teléfono de Trabajo #:

2do Contacto de Emergencia:

Nombre: Relación:

Dirección: Ciudad: Estado: Código:

Teléfono : # Celular Teléfono de Trabajo #:

Información opcional para reportaje al USCCB/CCA:

Afiliación Religiosa: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Bautista <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Luterano <input type="checkbox"/> Metodista <input type="checkbox"/> Episcopales <input type="checkbox"/> Presbiteriano <input type="checkbox"/> Otro	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro	Vocación: Elige todos que aplican <input type="checkbox"/> Sacerdote <input type="checkbox"/> Religioso/a <input type="checkbox"/> Apostolado Laico <input type="checkbox"/> Candidato Diaconado <input type="checkbox"/> Diaconado	Motivación: Elige todos que aplican <input type="checkbox"/> Enriquecimiento Personal <input type="checkbox"/> Discernimiento Diaconal <input type="checkbox"/> Formación del Ministerio <input type="checkbox"/> Formación de Fe Continua
--	--	---	---

Consiento a que mi nombre, número de teléfono y correo electrónico puedan ser compartidos con el Instituto Kino, sus Instructores y los participantes de la cohorte.

No Consiento a que mi nombre, número de teléfono y correo electrónico puedan ser compartidos con el Instituto Kino, sus Instructores y los participantes de la cohorte.

Firma _____

Fecha: _____