**FORMULARIO DE REGISTRO**

**PROGRAMA MFT EN ESPAÑOL: INNOVACIONES EN MICROFINANZAS**

16 al 20 septiembre, 2024

Nota: Los datos con asterisco (\*) son obligatorios

**DATOS PRINCIPALES**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué idiomas habla fácilmente? \*  | Choose an item. |
| Nombre \*  |  |
| Apellido (s) \*  |  |
| Género \*  | Choose an item. |
| **Información Profesional** |
| Institución \*  |  |
| Tipo de institución \*  | Choose an item. |
| Red de MF a la que pertenece su institución  |  |
| Cargo \*  |  |
| Tipo de cargo \*  | Choose an item. |
| Nivel de responsabilidad \*  | Choose an item. |
| Ciudad \*  |  |
| País \*  |  |
| Teléfono (cód. país) (cód.ciudad) (número) \*  | + |
| Correo electrónico \*  |  |
| **Información Personal** |
| Segunda Dirección de correo electrónico  |  |
| Celular: (cód. país) (número) (número)  |  |
| Nombre y teléfono en caso de urgencia \*  |  |

Junto con el envío de este formulario, se ruega adjuntar una foto tipo pasaporte.

**PASAPORTE**

**Debe completar esta sección sólo si necesita visa**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA) \* |  |
| Nacionalidad \* |  |
| ¿Necesita usted una visa para participar en el programa? \* | Choose an item. |
| Nombre (como sale en el pasaporte) |  |
| Apellido (como sale en el pasaporte) |  |
| Número de pasaporte |  |
| Lugar en que fue emitido |  |
| Fecha de emisión (DD-MM-AAAA) |  |
| Fecha de Vencimiento (DD-MM-AAAA) |  |
| Lugar de Nacimiento |  |
| Comentarios adicionales respecto a la visa o el pasaporte |  |

**PATROCINADOR**

En caso de que no sea usted mismo quien financia su participación en el Programa Boulder MFT, por favor complete esta información. Los datos a continuación se refieren únicamente al patrocinador.

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Patrocinador \*  | Choose an item. |
| Nombre del patrocinador \*  |  |
| Nombre de la persona de contacto \*  |  |
| Cargo de la persona de contacto \*  |  |
| Dirección de correo electrónico \*  |  |
| Ciudad \*  |  |
| País \*  |  |
| Teléfono: (cód. país) (cód.ciudad) (número) \*  |  |

**EXPERIENCIA EN MICROFINANZAS**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo calificaría usted su conocimiento de las microfinanzas? \*  | Choose an item. |
| ¿Cuáles son sus expectativas con el Programa Boulder MFT? ¿Qué temas le interesaría tratar con más detalle? \*  |  |
| ¿Cómo supo del Programa Boulder MFT? \*  | Choose an item. |
| Breve reseña profesional para el directorio de participantes (no más de 240 caracteres)  |  |

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍA Y VIDEO\***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Su registro constituye un permiso para que los empleados de Boulder Institute of Microfinance, agentes y representantes, usen y publiquen fotografías, imágenes digitales, videos, grabación de audio y/o citas de su autoría, sus presentaciones y otros durante el programa Boulder MFT, en publicaciones electrónicas, sitios web, blogs, recursos media interactivos u otros medios de comunicación electrónica con el sólo propósito educacional y esfuerzos promocionales. Además, su nombre e identidad podría ser revelado en textos descriptivos o comentarios en conexión con las imágenes y/o citas antes mencionadas tomadas durante el programa.Si no desea ser entrevistado o fotografiado durante el programa, por favor informe a nuestro personal, para ejercer el derecho a abstenerse de participar durante estos momentos. |

Al enviarnos su formulario, a la brevedad nos pondremos en contacto con Ud. para indicarle los pasos a seguir en el proceso de registro (pagos, selección de cursos y posibles hoteles).

Bottom of Form