



*¡Una vez misionero, siempre misionero!*

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



I. INFORMACIÓN PERSONAL									
Nombres:					Apellidos:				
Dirección:									
Departamento:			Provincia:			Distrito:			
Fecha de Nacimiento: (Día/Mes/Año)			Sexo: (marca con una X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				Edad:		
Lugar de Nacimiento:			Nacionalidad:		Número de DNI/Carnet extranjería/Pasaporte:				
Talla de polo: (encierra en un círculo)							Altura: (mt.)		Peso: (kg.)
16	S	M	L	XL	XXL	Otra:			
Ocupación:									
Redes sociales: Facebook									
Teléfonos: (Fijos o Celular)									
Correo electrónico: (El que más utilizas)									





II. INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA IGLESIA		
Nombre de la Unión a la que pertenece: (marca con una X)		
<input type="checkbox"/> Unión Peruana del Sur (UPS)	<input type="checkbox"/> Unión Peruana del Norte (UPN)	
Nombre de la Asociación o Misión:		
Nombre del Distrito Misionero:		
Nombre de la Iglesia a la que pertenece:		
Fecha de Bautizo: (Día/Mes/Año)	Años de Bautizado:	Motivo de su bautismo:
Año en que desempeñó el cargo	Actividad o Responsabilidades: (Cargo en la iglesia)	
1)		
2)		
3)		

III. VIDA CRISTIANA
1. ¿Cuántas veces leyó toda la Biblia?
2. ¿Cuánto tiempo realiza su meditación al día?
3. ¿Cuánto tiempo realiza su oración al día?
4. ¿Durante su vida como cristiano adventista cual fue su experiencia como testigo del Señor?
5. ¿Recibió capacitación en discipulado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      (Si es SI, detalle su respuesta)
6. ¿Qué libros del Espíritu de profecía leyó?





<b>IV. SALUD Y CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	
<b>Explica en forma detallada</b> (encierre en un círculo su respuesta)	
<b>1. ¿Ha padecido o padece algún problema de salud que requiera tratamiento médico o acceso inmediato al servicio de salud?</b>	
<b>SI</b>	<b>NO</b> (Si es <b>SI</b> , detalle su respuesta en el cuadro)
Detalle:	
<b>2. ¿Sufre alguna enfermedad que pueda limitar su actividad física?</b>	
<b>SI</b>	<b>NO</b> (Si es <b>SI</b> , detalle su respuesta en el cuadro)
Detalle:	
<b>3. ¿Sufre alguna alergia (por comida, medio ambiente, clima u otro)?</b>	
<b>SI</b>	<b>NO</b> (Si es <b>SI</b> , detalle su respuesta en el cuadro)
Detalle:	
<b>4. Ha recibido o está actualmente bajo algún tratamiento por problemas mentales, ataques de pánico, desordenes de personalidad (sean emocionales o relacionados con la alimentación)</b>	
<b>SI</b>	<b>NO</b> (Si es <b>SI</b> , detalle su respuesta en el cuadro)
<b>Nombres y teléfonos de contacto en caso de emergencia:</b>	
<b>1. Nombres y Apellidos:</b>	
<b>2. Relación de parentesco:</b>	
<b>3. Teléfonos:</b>	





V. ESTUDIOS REALIZADOS, TALENTOS E INTERESES											
Educación Primaria:	Año de graduación:										
Educación Secundaria:	Año de graduación:										
Educación Superior: (Técnica o Universitaria)	Año de graduación:										
Cursos y Especializaciones:											
Habilidades: (Talentos)											
Hobbies, deportes y otros:											
<b>CONOCIMIENTOS DE OTROS IDIOMAS:</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Nombre del idioma</th> <th style="text-align: center;">Nivel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Nombre del idioma	Nivel	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nombre del idioma	Nivel										
.....	.....										
.....	.....										
.....	.....										
.....	.....										

VI. EXPERIENCIA LABORAL	
Año	Lugar donde trabajo
	Lugar: Cargo:
	Lugar: Cargo:
	Lugar: Cargo:
	Lugar: Cargo:
REFERENCIA LABORAL	
<b>Nombre y Apellidos:</b> <b>Cargo:</b> <b>Teléfono:</b>	
<b>Nombre y Apellidos:</b> <b>Cargo:</b> <b>Teléfono:</b>	
<b>Nombre y Apellidos:</b> <b>Cargo:</b> <b>Teléfono:</b>	





## VII. MOTIVOS POR LO QUE DESEAS PARTICIPAR

## VIII. COMPROMISO

Como misionero voluntario de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, yo me comprometo a:

1. Observar y respetar las normas de la Iglesia y del Movimiento 1000 Misionero.
2. Observar todas las regulaciones en la zona de trabajo.
3. Mantener una actitud respetuosa en cada momento, durante el proceso del entrenamiento y en el campo misionero.
4. En caso de ocultar algún tipo de información o incumplimiento a las normas establecidas durante el entrenamiento o campo misionero, seré responsable de por pérdida, enfermedad, accidente, muerte, etc.

Y confirmo, mi deseo de cumplir con cada estipulación mencionada. Por lo tanto, firmaré expresando mi aceptación.

Fecha del compromiso (Día/Mes/Año)	Firma del Solicitante (firme dentro del cuadro)





IX. INFORMACIÓN FAMILIAR	
<b>DATOS DEL PADRE</b>	
Nombres y Apellidos	Edad:
Religión:	Cargo que ocupa en la iglesia:
<b>DATOS DE LA MADRE</b>	
Nombres y Apellidos	Edad:
Religión:	Cargo que ocupa en la iglesia:
<b>DATOS DE HERMANOS</b>	
Número de hermanos:	Religión de hermanos:

X. APROBACIÓN DEL PADRE O APODERADO	
<b>*ESTE COMPROMISO DEBE SER LLENADO POR EL PROPIO PADRE O APODERADO*</b>	
<p>Esto es para certificar que:</p> <p>Yo _____ con documento de identidad N°: _____, soy el/la apoderado(a) de: _____ quien está solicitando al Movimiento 1000 Misionero ser un(a) misionero(a) voluntario(a).</p> <p>Mientras el solicitante este en el campo misionero, yo lo apoyaré para desenvolverse de acuerdo a las normas y regulaciones dadas por el <b>Movimiento 1000 Misionero</b> y compartiré su responsabilidad como misionero(a).</p> <p>Yo estoy completamente de acuerdo, que el solicitante es responsable de pérdidas, enfermedad, accidentes e inclusive la muerte que pueda suceder, por omitir algún tipo de información importante o incumplimiento a las normas durante el entrenamiento o servicio en el campo misionero.</p> <p>Teléfono: _____</p>	
<b>Fecha de la Aprobación(Día/Mes/Año)</b>	<b>Firma del Padre o Apoderado</b> (firme dentro del cuadro)

