**FORMATO DE AFILICACIÓN**

**ASOCIACIÓN DE EGRESADOS DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIO COLOMBO AMERICANA ÚNICA**

**ASEÚNICA**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

**Primer Nombre:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Segundo Nombre:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Primer Apellido:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Segundo Apellido:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Documento de Identidad: CC: \_\_\_\_ CE: \_\_\_\_ No.** Haga clic aquí para escribir texto.

**Expedida en:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_ Año: \_\_\_**

**Dirección residencia:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Teléfono residencia:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Celular:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Email:** Haga clic aquí para escribir texto.

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

**Programa Académico:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Año de graduación:**Haga clic aquí para escribir texto.

**INFORMACIÓN LABORAL**

**Empresa donde trabaja:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Cargo que desempeña:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Teléfono:** Haga clic aquí para escribir texto. **Extensión:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Ciudad:**Haga clic aquí para escribir texto.

**Nota: Enviar el formato de afiliación totalmente diligenciado al correo electrónico** [**egresados@unica.edu.co**](mailto:egresados@unica.edu.co) **junto con los siguientes documentos escaneados:**

1. **Recibo consignación Banco Davivienda Ahorros Número: 006890285114 Valor: 40.000 pesos anual.**
2. **Una Fotografía a color con fondo blanco 3 x 4.**