|  |  |
| --- | --- |
| Iwati Parana  AiR  Aplicación  Iquitos - Perú  Abril 2017 | horizontal line DATOS PERSONALES Nombres y Apellidos:  Profesión:  Dirección actual: Ciudad y País actual: Teléfono de contacto:  Fecha de Nacimiento:  Pasaporte / DNI:  Nacionalidad: E-mail: |
| **ㅡ** Descripción del proyecto | horizontal line |
| **ㅡ** Detalles del Proyecto  * Justificación * Medio * Objetivos | horizontal line |
| **ㅡ** Propuesta de Workshop, open studio y/o taller.  * Descripción * Público objetivo * Cantidad de participantes * Requerimientos * Duración | horizontal line |
| **ㅡ** Expectativas y bocetos del proyecto | horizontal line |

Nota:

1. La aplicación es individual.
2. Toda la información llenada debe ser auténtica, de ser falsa la organización tiene el poder de cancelar la aplicación sin opción a reclamo.
3. La aplicación debe ser enviada a **correlacion.contemporanea@gmail.com** hasta el 14 de Noviembre 2016.

Firma:

Fecha:

|  |  |
| --- | --- |
| AiR  Ficha Medica  Iquitos - Perú  Abril 2017 | horizontal line DATOS PERSONALES Nombres y Apellidos:  Fecha de nacimiento:  Sexo:  Grupo sanguíneo:  Talla:  Peso:  Pasaporte / DNI:  Dirección actual: Ciudad y País actual:  Nacionalidad:  Teléfono de emergencia:  Parentesco: |
| **ㅡ** Enfermedades  * Medicamentos * Tratamiento * Operaciones | horizontal line |
| **ㅡ** Alergias  * Medicamentos | horizontal line |
| **ㅡ** Seguro de Salud | horizontal line |