**SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER Y LA EQUIDAD DE GÉNERO**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN LÍNEA DE ACCIÓN DE SENSIBILIZACIÓN**

Completar por la Encargada Territorial:

Identificación del registro.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° Ficha | --------------------------------- | Dirección |  |
| Región | Metropolitana | Comuna | Santiago |

|  |  |
| --- | --- |
| N° de curso/taller al que participa | -------- |
| Monitoras/es 14 a 18 años |  | Monitoras/es 19 a 29 años |  |  |  |

## DATOS PERSONALES

1. A continuación, registre la información de identificación de la persona. **(obligatorio)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer Nombre |  | Segundo Nombre |  |
| Primer Apellido |  | Segundo Apellido |  |

1. A continuación, registre la información sobre el tipo y número de documento de identidad. Complete al menos uno de los siguientes campos. **(obligatorio)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de Documento de Identidad | Número de Documento de Identidad | País de Emisión |
| RUN (Cedula de Identidad) |  | Chile |
| Pasaporte |  |  |
| Otro documento (DNI, NIE, etc.) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Indique la Fecha de Nacimiento: **(obligatorio)**

 (dd/mm/aaaa) |  |  |  |

1. Sexo

|  |  |
| --- | --- |
| Mujer | 1 |
| Hombre | 2 |
| Intersex | 3 |

1. Género:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Femenino | 1 | Masculino | 2 |
| Otro | 3 |  |  |

1. ¿Cuál es su nacionalidad?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chilena | 1 | Ecuatoriana | 7 |
| Boliviana | 2 | Haitiana | 8 |
| Argentina | 3 | Venezolana | 9 |
| Brasilera | 4 | Dominicana | 10 |
| Peruana | 5 | Otra. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 11 |
| Colombiana | 6 |

**7.** ¿Pertenece a un pueblo indígena?

|  |  |
| --- | --- |
| No | 1 |
| Mapuche | 2 |
| Aymara, Aimara, Aimará | 3 |
| Rapa Nui | 4 |
| Lican Antai, Likan Antai, Lickan Antay, Atacameños | 5 |
| Quichua, Quechua o Kechua | 6 |
| Colla, Coya, Kolla | 7 |
| Diaguita | 8 |
| Kawésqar, Kawashkar, alacalufes o alakalufes | 9 |
| Yagán o Yámana | 10 |
| Otro | 11 |

**8.** ¿Se considera afrodescendiente?

|  |  |
| --- | --- |
| Si | 1 |
| No | 2 |

**9.** ¿Se encuentra en situación de discapacidad?

|  |  |
| --- | --- |
| Si | 1 |
| No | 2 |
| ¿Cuál? |

## DATOS DE CONTACTO

La siguiente información se solicita con el objetivo de poder hacerle partícipe de futuras actividades del Programa de Prevención en VCM.

**10.**Correo Electrónico: **(obligatorio)**

|  |  |
| --- | --- |
| Correo Electrónico: |  |

**11.**Registrar un teléfono de contacto **(obligatorio)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Teléfono de contacto  | +56 |  |