

**FORMATO DE REGISTRO**

\* Nombre Completo:

---

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
--------	-----------------	------------------

\* Fecha de Nacimiento:

---

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

\* Dirección:

---

Calle	Interior	Colonia
-------	----------	---------

---

Ciudad	Estado	C.P.
--------	--------	------

\* Teléfonos:

---

Particular	Trabajo	Móvil
------------	---------	-------

\* Correo electrónico:

---

\* Último grado de estudios:

---

\* Centro o Institución de Estudios en Micropigmentación / Fecha

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

\* Títulos o Certificados / Fecha

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

---

---

---

---

\* Tiempo de practicar la Micropigmentación:

---

\* Explica brevemente tu experiencia como Profesional en Micropigmentación (En dónde y cómo has trabajado):

---

---

---

---

---

---

\* Lugar de trabajo actual y actividad a desarrollar:

---

---

---

---

\* ¿Cuál es tu objetivo como Profesional en Micropigmentación?

---

---

---

---

\* ¿Cómo te enteraste de la AMM?

---

---

---

\* ¿Por qué te interesa pertenecer a la AMM?

---

---

---

---

\* ¿Qué esperas de la AMM?

---

---

---

---

\* ¿Cómo te gustaría apoyar a la AMM?

---

---

---

---

\* ¿Qué más te gustaría saber sobre la AMM?

---

---

---

---

\* Comentarios personales adicionales:

---

---

---

---

---

Nombre o Firma

---

Fecha de Registro