## Ministerio de Relaciones Exteriorespy_de_la_gente_cab.pngC:\Users\eaguayo\Desktop\Nueva imagen de mapa de bits.jpg

## Embajada de la República del Paraguay en

FOTO

## Roma, Italia

|  |  |
| --- | --- |
| **Formulario de inscripción Consular Nº……………………………..** | |
| Marcar con una X | |
| ¿Ya ha estado inscripto antes en esta oficina consular? SI \_\_\_ NO \_\_\_ | |
| **Completar con letra imprenta**: | |
| Apellidos:  \_ | |
| Nombres: | |
| C.I. Nro: \_ | |
| Lugar de Nacimiento: \_ | Fecha de nacimiento: \_ |
| Domicilio en Paraguay:  \_ | Calle: Nro: Ciudad: |
| Teléfono en Paraguay Nro: \_\_ | |
| Marcar con una X una sola opción | |
| Estado Civil: | **Nivel de estudios alcanzados:** |
| Soltero \_\_\_ | Ninguno \_\_\_ |
| Casado \_\_\_ | Primarios \_\_\_ |
| Separado\_\_\_ | Secundarios o Técnicos \_\_\_ |
| Viudo\_\_\_ | Universitarios \_\_\_ |
| Divorciado\_\_\_ | Posgrado/Doctorado \_\_ |
| Titulado en: | |
| País de titulación y/o estudio: | |
| Paraguay \_ \_ | |
| Italia \_ \_ | |
| Otros \_ | |
| Domicilio en Italia:  \_ | Calle: Nro: Ciudad: Código:  \_ |
| Ciudad en la que vive: | ¿Participa de alguna asociación? \_\_\_ |
| Milan \_\_\_ | |
| Florencia \_\_\_ | Cuál es la asociación , especificar: \_\_ |
| Napoles \_ \_ | |
| Turin \_\_\_ | |
| Verona \_\_\_ | |
| Otra ciudad especificar: \_ | |
| Teléfono Fijo: \_ | Teléfono Celular: \_ |

Correo Electrónico: \_

|  |
| --- |
| **Actividad Laboral**: |
| Limpiadora/cuidadora/encargada de hogar \_\_\_ |
| Personal de Hotelería/Restaurante \_\_\_ |

Trabajo por cuenta propia \_\_\_

Reparación de equipos/mantenimiento \_\_\_

Construcciones/Fontanería/Electricidad \_\_\_

Transporte/Chofer \_\_\_

Artista \_\_\_

Estudiante \_\_\_

Otros, especificar \_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Persona a quien contactar en caso de emergencia:  Nombre: \_ | Dirección \_ |

Teléfono \_

|  |
| --- |
| **En caso de estar casado y/o tener hijos, rellenar este campo**: |
| Nombre del Cónyuge \_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de los hijos | Edad | Lugar de Nacimiento | País de Residencia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Si conoce a algún pariente o compatriota en Italia que se encuentra hospitalizado/ con algún problema grave de salud, o alguien en algún centro de Internamiento, completar este campo:**

Nombre/s \_

\_

Dirección \_

Contacto ­

Fecha de hoy \_

**Declaro que mis datos se ajustan a la verdad**

**Firma del Interesado …………………………………………………………**