|  |
| --- |
| **Solicitud de afiliación a ANTIO o actualización de datos personales** *(miembro observador)*La información suministrada en este formulario es confidencial y para uso interno para la base de datos y los protocolos de asambleas de ANTIO. Se publicará en nuestros medios de difusión solo si usted lo autoriza |
| Nombre: |  |
| Apellidos: *(si solo usa uno en razón de su nacionalidad, favor indicarlo)* |  |
| Número y tipo de identificación: *(indique si es cédula de identidad, pasaporte, o cédula de residencia)* |  |
| Nacionalidad: |  |
| Estado civil: |  |
| Dirección: *(Indique Provincia, Cantón, Distrito)* |  |
| Teléfono de casa:  |  |
| Teléfono de oficina: |  |
| Teléfono celular: |  |
| Correo electrónico: (*preferiblemente el que use para fines laborales y al que podamos compartirle información de ANTIO)* |  |
| Especifique si Ud. aspira a ser nombrado como Intérprete Oficial, Traductor Oficial o ambos |  |
| ¿Cuál es su formación académica en traducción o interpretación? |  |
| ¿Cuánto tiempo de experiencia laboral posee en traducción?¿Cuánto tiempo de experiencia laboral posee en interpretación? |  |
| Combinación de idiomas: *Si aspira a ser acreditado por RREE en más de un par de idiomas, favor indicar cuáles. No incluya otros idiomas a los que traduce si no aspira a ser acreditado en ellos por RREE.* |  |
| Campos de especialización: *Traducción o interpretación legal, financiera, literaria, técnica, farmacéutica, salud, etc. Especifique en detalle.* |  |
| Otra profesión o servicios que ofrece: *Ej. alquiler de equipos, interpretación para conferencias, docencia, etc.*  |  |
| ¿Puede brindar capacitación a otros colegas?¿En qué temas? |  |
| ¿Qué temas de actualización profesional le interesa recibir?  |  |
| ¿Ha realizado ya el pago de su membresía como observador? |  |
| AUTORIZO QUE ESTA INFORMACIÓN APAREZCA EN LA PÁGINA WEB DE ANTIO y OTROS MEDIOS INFORMATIVOS de ANTIO | MARQUE ☐ SI ☐ NO **Observaciones:** |

Doy fe que los datos que he anotado son fieles a la realidad.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_