|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitud de afiliación a ANTIO o actualización de datos personales**  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 tenga registrado en la página web de RREE u otro que use para fines laborales y que pueda publicarse en su perfil en la web de ANTIO)* |  |
| Indique fecha y número de acuerdo de su nombramiento como Traductor y/o Intérprete Oficial: |  |
| Especifique si su nombramiento es como Intérprete Oficial, Traductor Oficial o ambos |  |
| Combinación de idiomas: *(Si está acreditado por RREE en más de un par de idiomas, favor indicar cuáles. No incluya otros idiomas a los que traduce si no está certificado en ellos por RREE)* |  |
| Campos de especialización: (*Traducción o interpretación legal, financiera, literaria, técnica, etc. Especifique al detalle)* |  |
| Otra profesión o servicios que ofrece: *Ej. alquiler de equipos, interpretación para conferencias, docencia, etc. ¿Autoriza que esta información sea incluida en su perfil personal en la web de ANTIO?* |  |
| ¿En qué temas puede brindar capacitación a otros colegas? |  |
| ¿Qué temas de actualización profesional le interesa recibir? |  |
| ¿Ha realizado ya el pago de su membresía? |  |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_