



Centro de Adiestramiento Misionero  
de las Asambleas de Dios

## CENTRO DE ADIESTRAMIENTO MISIONERO DE LAS ASAMBLEAS DE DIOS SOLICITUD DE INSCRIPCION



### DATOS PERSONALES:

- 1.- NOMBRE:
- 2.- DIRECCIÓN:
- CIUDAD:  DISTRITO :
- 3.- TELÉFONO:  CELULAR :
- CORREO ELECTRÓNICO:
- 4.- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
- 5.- LUGAR, IGLESIA Y FECHA DE CONVERSIÓN:
- 6.-LUGAR Y FECHA DEL BAUTISMO CON EL ESPÍRITU SANTO:
- 7.- ESTADO CIVIL:   
NOMBRE, DIRECCIÓN DE SU CÓNYUGE O NOVIA (O):
- 8.-PREPARACIÓN ACADEMICA:
- 9.-FECHA DE GRADUACIÓN DEL INSTITUTO BIBLICO:
10. OFICIO O PROFESIÓN:
11. NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE SUS PADRES:
12. NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE SU PASTOR:
13. NÚMERO TELEFÓNICO EN DONDE SE LE PUEDA DEJAR RECADO URGENTE:
14. MENCIONE LAS ENFERMEDADES (TEMPORALES, CONTAGIOSAS, HEREDITARIAS Y DEFECTOS FÍSICOS) QUE HA TENIDO:

15.- DIGA COMO PAGARÁ SU CUENTA EN CAMAD ESTE AÑO:

16.- FECHA EN QUE SE LLENA ESTA SOLICITUD:

**PROMESA DE ESTUDIANTE**

Si soy aceptado como estudiante del CAMAD, me comprometo a cumplir con mis responsabilidades académicas, espirituales, ministeriales, morales y económicas y someterme al reglamento interno. Reconozco que mi firma representa un compromiso muy serio y formal con el Centro de Adiestramiento Misionero y con su directiva.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

AVAL - NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA PERSONA QUE SE HARÁ CARGO DE QUE SU CUENTA ESTÉ AL CORRIENTE:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

\_\_\_\_\_  
FECHA Y FIRMA

**RECOMENDACIÓN**

Superintendente y Director de Misiones de su Distrito: Apoyar en toda su preparación ministerial y aceptar el hecho de que las actividades del CAMAD tiene para este estudiante prioridad sobre las actividades de la iglesia local o de distrito. Haremos todo lo que este a nuestro alcance para cooperar con CAMAD en la formación espiritual y ministerial de este estudiante. Con nuestras firmas, damos testimonio de su llamamiento y potencial ministerial. Reconocemos que nuestras firmas representan un compromiso serio y formal con el solicitante y con CAMAD.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DISTRITAL DE MISIONES: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERINTENDENTE DE DISTRITO \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES (SUPERINTENDENTE SOBRE EL ESTUDIANTE)**

**RECOMENDACIÓN**

ENVÍESE A: PBRO. GABRIEL BORBOLLA SEGURA [gabors38@hotmail.com](mailto:gabors38@hotmail.com) / [info@camad.org](mailto:info@camad.org)  
PARA INFORMACIÓN DETALLADA: TEL 01 (951) 54 916 76.