



INSTITUTO BÍBLICO CAPERNAUM

Del Concilio Nacional de las Asambleas de Dios, A.R.

SGAR-164/93

Mártires de Cananea esq. Calle 4 # 800. Col. Obrera 2º. Sector. Monclova, Coah.



PBRO. JOAQUÍN GÓMEZ RUIZ

Director (866) 139 8429

PBRO. JOSÉ MANUEL ASTORGA FDZ.

Secretario (866) 185 5564

PBRO. JUAN MANUEL IBARRA ORTIZ

Tesorero (866) 175 3242

SOLICITUD DE INGRESO/ RE-INGRESO

DATOS PERSONALES

- Nombre: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------
- Domicilio: _____

Calle	Número	
Colonia	Ciudad	Estado
Código Postal		Teléfono: con clave de larga distancia y Celular
- Lugar y fecha de nacimiento: Lugar _____ Día _____ Mes _____ Año _____
- Edad: _____ Sexo: F ___ M ___ Nacionalidad _____
- Estado civil: Soltero Casado Re-casado Divorciado Unión Libre Viudo(a)
- ¿Qué estudios ha tenido? (se requiere primaria terminada)
 Primaria Secundaria Preparatoria Otros _____
- Nombre de los padres o tutores (para solteros):

- ¿Vive junto con sus padres?(para solteros). Si no es así, explicar: _____
- ¿Cuál es el estado espiritual de su familia?(explicar): _____
- Para casados:
 - Nombre del cónyuge: _____
 - Nombres de los hijos: _____
 - Ocupación del cónyuge: _____
 - Estado espiritual de su cónyuge e hijos: _____
- ¿Su familia le apoya en su preparación ministerial? (explique): _____

Foto
Reciente

12. ¿Tiene compromisos morales derivados de su vida como inconverso? (explique):

13. Fecha de Conversión a Cristo: _____

14. Fecha de bautismo en agua: _____

15. ¿Es bautizado en el Espíritu Santo? (fecha): _____

16. Iglesia a la que asiste (dirección): _____

17. Denominación a la que pertenece: _____

18. Nombre y domicilio de su Pastor: _____

19. Cargos que desempeña o ha desempeñado en su iglesia: _____

20. ¿Ha tenido conflictos en su iglesia local? (explique): _____

21. Escriba el testimonio de su llamamiento al Instituto Bíblico: (Anexarlo) _____

22. Describa como es su vida devocional: _____

23. Describa cómo es su estado de salud física (anexar certificado médico): _____

24. ¿Ha recibido o recibe algún tipo de terapia psicológica? (especifique): _____

INFORMACION MINISTERIAL

25. Iglesia que pastorea o ministerio que desempeña: _____

26. Denominación a la que pertenece: _____

27. Clasificación ministerial: _____

28. Años en el ministerio: _____

29. Nombre, cargo y dirección de su superior eclesiástico: _____

30. Cargos que ha desempeñado: _____

Modalidad: Nocturno____ Sabatino____ Bachillerato____ Diplomado____ **Fecha:** _____

Grado a cursar **Básico:** Primero____ Segundo____ Tercero____ Cuarto____ **Bachillerato:** Primero____ Segundo____

Firma del Solicitante