|  |  |
| --- | --- |
| **Formulario Curso** | |
| **Título curso:** |  |
| **Área temática:** |  |
| **Nombre de quien dicta el curso:** |  |
| **Filiación:** |  |
| **Descripción del curso:** |  |
| **Comentarios:** |  |

## Si desea proponer la realización de un curso, complete la ficha y envíela a [congresoscl2017@ifop.cl](mailto:congresoscl2017@ifop.cl) hasta el 31 de agosto.