

SOLICITUD DE BECA

IMPORTANTE: Si usted dispone del programa *Adobe Acrobat Professional*, podrá llenar este documento y guardarlo. Si dispone únicamente de *Acrobat Reader*, deberá llenarlo, imprimirlo y escanearlo para enviarlo por mail a la sede que corresponda.

Por favor escribir con letra de imprenta

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN / MASTER / DOCTORADO (para el cual solicita la Beca de estudio)

Nombre del Programa: _____

¿Cómo nos conoció? _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Pasaporte/Documento de Identidad: _____ Profesión: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento / Provincia / Región: _____ País: _____

Teléfono: _____ Móvil/Celular: _____ Fax _____

Correo Electrónico: _____

SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR

Depende económicamente de los padres: SI NO Ingreso económico familiar mensual: _____

Tipo de vivienda: Casa Depto. Propia Alquilada Otra Condición _____

Categoría ocupacional al que pertenece el jefe de familia: _____

La familia posee negocio: SI NO Actividad: _____ Vehículo: SI NO

Nombre del cónyuge: _____

Actividad: _____ Hijos SI NO Cantidad _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

| | | Universidad/Institución | Titulación |
|---------------|---|-------------------------|------------|
| Postgrado | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| Universitario | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| Técnico | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |
| Secundaria | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | _____ | _____ |

Por favor escribir con letra de imprenta

OTROS ESTUDIOS E IDIOMAS

INFORMACIÓN LABORAL

¿Actualmente está trabajando? SI NO

Nombre de la Institución/Empresa: _____

Actividad: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Cargo: _____ Tiempo en el cargo: _____ Área: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento / Provincia / Región: _____ País: _____

Sitio Web: _____

Ingresos Mensuales: _____ Egresos Mensuales: _____

EMPLEOS ANTERIORES

| Institución/Empresa | Dirección | Ciudad | Teléfono |
|---------------------|-----------|--------|----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

REFERENCIAS LABORALES Y PERSONALES (no familiares)

| Nombre y Apellido | Teléfono/Celular | Cargo | Correo Electrónico |
|-------------------|------------------|-------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Declaro bajo juramento que estos datos son verdaderos

En mi condición de Postulante o Becado, declaro he leído, conozco mis derechos y acepto las POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, el aviso de privacidad y la autorización para el tratamiento de Datos personales de la Fundación Iberoamericana - FUNIBER, y por consiguiente consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en los documentos en mención, los cuales se encuentran consignados en la página web de la Fundación www.funiber.org.co

Firma

Fecha