**AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE CHILE**
**PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL**
**CONVOCATORIA AÑO 2016**
**(Usar letra mayúscula e imprenta)**

FOTO

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA**

**NACIONALIDAD:_____**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres y Apellidos: (tal como aparece registrado en el Pasaporte)**

_____

**Nombres** **Primer Apellido** **Segundo Apellido**

**Fecha de nacimiento:_____/_____/_____/Edad:_____Sexo:_____**

**Estado Civil: _____**

**Nombre y nacionalidad del cónyuge:_____**

**Pasaporte Ordinario Nº : _____ Expedido en:_____**

**Visa para entrar a los EE.UU: SI ___ NO____**

**Dirección en su país:_____**

**_____Ciudad:_____**

**Teléfono particular: _____Teléfono laboral: _____Fax:_____**

**Dirección Correo Electronico Vigente:_____**

**La siguiente información es voluntaria, sin embargo para esta Agencia de Cooperación Internacional de Chile resulta importante para la gestión del Programa de Mejoramiento de la Gestión en materia de Género, como parte de una política pública que se viene desarrollando en Chile. AGCI agradece de antemano su colaboración.**

| Usted es Jefe de Hogar? | | Nº de Hij@s | | Edades de Hij@s | |
|---|---|---|---|---|---|
| Si | No | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| | | | | | |

**FORMACION ACADÉMICA DEL CANDIDATO**

**Título universitario:**_____

**Expedido por :**_____
**(Universidad o Centro de Estudios Superiores)**

**Fecha:**_____

**Otros estudios realizados:**_____

_____

**Idiomas:**_____

**Publicaciones, libros artículos u otros:**_____

**DATOS PROFESIONALES**

**Empleo o cargo actual:**_____

**Institución en que trabaja:**_____

_____

**Descripción de las actividades que realiza:**_____

_____

_____

_____

**Otras actividades o cargos desempeñados:**

| Período | Institución | Cargos desempeñados |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**OTROS DATOS**

**Otras becas obtenidas:** _____

_____

**Otros datos de interés:** _____

_____

**REFERENCIAS O AVALES RELACIONADOS CON SU ACTIVIDAD ACADEMICA O PROFESIONAL:**

_____

_____

_____

**PROGRAMA DE ESTUDIOS A REALIZAR:**

**Nombre del Magister:** _____
**(Nombre de la misma)**

**Duración de los estudios** _____**de** _____**del 2016, al:** _____ **20**_____

**Universidad o Centro de Estudios:** _____

**Dirección** _____ **Localidad** _____

**¿Tiene ya la aceptación del Centro? SI** ☐ **NO** ☐

**(adjuntar fotocopia de la carta de aceptación)**

**Agradeceremos señalar si usted está informado de las características y orientación del programa de estudio escogido, así como de las competencias que el mismo requiere para que los participantes tengan un adecuado desempeño.**

**Me he documentado a cabalidad, solicitando información que va más allá de la publicada en la página web de la universidad SI** _____ **NO** _____

**Conforme a la información solicitada directamente a la universidad tengo absoluta claridad de la orientación del programa de estudio SI** _____ **NO** _____

**Conozco los requisitos referidos a cuales son las exigencias de conocimientos y capacidades previas que me serán exigidas en el programa de estudio escogido SI _____ NO _____**

**Declaro bajo juramento que toda la información que he incorporado en este Formulario de Postulación es verdadera y comprobable. Declaro, además, que acepto los términos y condiciones establecidos en la Convocatoria del Programas de Becas de AGCI en la que se inserta este Formulario.**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Fecha** | **Firma del Postulante** |