AGENCIA CHILENA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL
REPÚBLICA DE CHILE
CONVOCATORIA AÑO 2022
(Completar de forma digital)

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 Electrónico Vigente: _____

La siguiente información es voluntaria, sin embargo para esta Agencia de Cooperación Internacional de Chile para el Desarrollo 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. AGCID 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 2022, hasta el :** _____ **20**_____

Modalidad Presencial _____ **Remota** _____ **Hibrida** _____

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 AGCID en la que se inserta este Formulario.

_____	_____
Fecha	**Firma del Postulante**