



AGENCIA CHILENA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO
PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN HORIZONTAL
"Emprendimiento e innovación social
desde la cooperación internacional"
(Usar letra mayúscula e imprenta)
FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA

FOTO

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 N°: _____ Expedido en: _____

Visa para entrar a los EE.UU.: SI ___ NO ___

Dirección en su país: _____

Ciudad: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección Correo Electrónico Vigente: _____

La siguiente información es voluntaria, sin embargo, para esta Agencia Chilena de Cooperación Internacional 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 Hijos/as		Edades de Hijos/as	
Sí	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

<p>Otras becas obtenidas: _____</p> <p>_____</p> <p>Otros datos de interés: _____</p> <p>_____</p>
--

REFERENCIAS O AVALES RELACIONADOS CON SU ACTIVIDAD ACADEMICA O PROFESIONAL:

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

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