|  |
| --- |
| **ANEXO 1 – FORMULARIO DE HOJA DE VIDA Y DATOS DE ASPIRANTE A BECA**  |
|  **DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE** |  |  |
| Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombres: |  |  |
| Lugar y fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): | Edad (años): | Estado civil: | Género: M: [ ]  F:[ ]  |  | *Adherir fotografía tamaño carné, (fondo blanco – semiformal)* |
| N° de cédula de identidad o pasaporte:  | Nacionalidad: | Teléfono celular: |  |  |

|  |
| --- |
| **DOMICILIO** |
| Ciudad: | Calle e intersección: | Número: | Parroquia | Sector  |
|  |  |  |  |  |
| Teléfono convencional | Celular  | Referencia de Domicilio | Correo electrónico |
|  |  |  |  |

**Si tiene alguna discapacidad, por favor señale el tipo y n° del carné otorgado por el CONADIS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de discapacidad (Física/Auditiva/Visual/Intelectual):**  | **N°. carné:** | **Porcentaje de discapacidad:** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |
| **No. de años aprobados** | **Universidad**  | **Ciudad/País** | **Año de graduación** | **Título y número de registro en el SENESCYT** |
| **Cuarto Nivel (Postgrado):** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Tercer Nivel (Pregrado):** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Educación Básica / Bachillerato (Opcional):** |
| **No. de años aprobados** | **Institución**  | **Ciudad/País** | **Año egreso** | **Título** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**EXPERIENCIA LABORAL (COMIENCE POR LA ACTUAL O LA ÚLTIMA):**

**Para el caso de estudiantes, incluir información de prácticas pre-profesionales.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cargo/función** | **Institución/Empresa** | **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Cursos, seminarios y otros programas de capacitación recibida (comience por el último):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del programa** | **Institución** | **Ciudad/País** | **Duración****( horas)** | **Año** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Conocimiento de idiomas sobre 100% (excepto el español si es lengua materna):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idioma** | **Comprensión /100%** | **Lectura /100%** | **Hablado /100%** | **Escritura /100%** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Obras y últimos artículos científicos publicados:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título** | **Editorial (si es pertinente)** | **Año** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Presentaciones/Ponencias en Congresos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de presentación** | **Título/tema** | **Nombre del evento** | **Centro o institución organizadora** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**INFORMACIÓN DEL PROGRAMA QUE POSTULA:**

**Tipo de Programa:** Maestría [ ]  Doctorado [ ]  Posdoctorado [ ]

**Desarrollo del programa:** En el país [ ]  Fuera del país [ ]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Programa**  | **Fecha tentativa de inicio del programa** | **Universidad** | **País** | **Ciudad** |
|  |  |  |  |  |
| **Modalidad** | **Período de duración** | **Horario** |
|  |  |  |

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Los campos que no apliquen a su condición de solicitantes deben ser llenados con siglas N/A (No aplica):

**a. Docente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoría/Escalafón** | **Tiempo de dedicación** | **Sede o extensión** | **Departamento al que pertenece**  |
|  |  |  |  |

**b. Personal administrativo o trabajador**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de solicitante**  | **Sede o extensión** | **Unidad a la que pertenece** |
|  |  |  |

**c. Mejor graduado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sede o extensión** | **Carrera de tercer nivel** | **Ubicación de mejor graduado**  | **Promedio de carrera de tercer nivel** |
|  |  |  |  |

**d. Personal militar activo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Grado**  | **Fuerza a la que pertenece** |
|  |  |

**e. Estudiantes de universidades nacionales o extranjeras con las que la Universidad posea convenio de cooperación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Universidad** | **País** | **Ciudad** | **Carrera de tercer nivel** | **Nombre del convenio**  |
|  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN HISTÓRICA:**

**Como postulante a una beca de Posgrado, indique si usted ya fue beneficiario de una Beca: SI** [ ]  **NO** [ ]

**De ser afirmativa su respuesta, complete la información adicional:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del programa donde fue becado** | **Promoción (Números romanos)** | **Cumplió (Se graduó)****(Marcar con una “X”)** | **Beca avalada con:**  |
|  |  | **SI** | **NO** | **Especificar Orden de Rectorado y fecha de emisión)** | **Otro (Especifique)** |
|  |  |[ ] [ ]   |  |

**INFORMACIÓN FAMILIAR:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Relación** | **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **Relación** | **Nombre** | **Fecha de nacimiento** |
| Cónyuge |  |  | Hijo(a) |  |  |
| Hijo(a) |  |  | Hijo(a) |  |  |
| Hijo(a) |  |  | Padre |  |  |
| Hijo(a) |  |  | Madre |  |  |

**INFORMACIÓN PARA CASOS DE EMERGENCIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grupo sanguíneo (RH): |  | Alergias a medicamentos: |  |
| Enfermedades preexistentes: |  |
| Familiar a quien avisar en emergencias: | Teléfono fijo del familiar: |  |  | Teléfono móvil del familiar: |  |

**¿Cómo se enteró de la convocatoria a becas?**

**Página institucional** [ ]  **Redes sociales** [ ]

**E – mail institucional** [ ]  **Otro medio** [ ]  **¿cuál?** Haga clic aquí para escribir texto.

**Nota**: Se deberá adjuntar fotocopias certificadas de los títulos de tercer y cuarto nivel registrados en el SENESCYT; y, cuando sea requerido, los originales de dichos títulos.

**COMPROMISO**

Yo declaro que he reportado con HONESTIDAD toda la información que se presenta en esta solicitud y autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE a verificar total o parcialmente dicha información mediante un estudio, el que atenderé cuando se me solicite. He leído los lineamientos del Reglamento de Becas y Ayudas Económicas - Codificado de la Universidad de las Fuerzas Armadas-ESPE, Instructivo de Desembolsos y Liquidación Financiera de las Becas para Estudios de Posgrado, otorgadas por la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE y las bases de postulación vigentes por lo que, de verme favorecido/a con ésta, me comprometo a cumplirlo. Asimismo, me mantendré informado sobre las responsabilidades que se me exigen para mantener la beca institucional.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de entrega del trámite** **(DD/MM/AA)** | **Nombre del solicitante** | **Firma del solicitante** |
|  |  |  |