



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 / LICENCIATURA (para el cual solicita la Beca de estudio)

Nombre del Programa _____

¿Cómo nos conoció? _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____ C.I. / Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Provincia y Ciudad de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre

Nombres y Apellidos del Cónyuge: _____ C.I. / Pasaporte: _____

Profesión/ Ocupación: _____ Profesión/ Ocupación del Cónyuge: _____

Domicilio: _____

Ciudad / Provincia: _____ País _____ Código Postal: _____

Teléfono Domicilio: _____ Móvil/Celular: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR

Depende económicamente de sus padres o alguna otra persona: ☐ SI ☐ NO Especifique: _____
En caso de haber contestado afirmativamente

Su vivienda es: ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Vive con algún familiar ☐ Otra Condición _____

Posee Cuenta Bancaria: ☐ SI ☐ NO Posee Vehículo: ☐ SI ☐ NO

Número de Hijos por edad: ☐ 0-4 ☐ 5-12 ☐ 12-18 ☐ 18+

Ingreso Mensual Propio: _____ Especifique Origen de Ingresos: _____

Ingreso Mensual Cónyuge: _____ Especifique Origen de Ingresos: _____

Otros Ingresos Mensuales: _____ Especifique Origen de Ingresos: _____

Total Ingresos Mensuales: _____ Total Egresos Mensuales: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

			Universidad/Institución	Titulación	Año de Inicio Año de Término
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		_____	_____	_____

OTROS ESTUDIOS E IDIOMAS

Por favor escribir con letra de imprenta

INFORMACIÓN LABORAL

¿Actualmente está trabajando? ☐ SI ☐ NO

Nombre de la Institución/Empresa o datos de negocio propio (Especifique): _____

Actividad de la Empresa: _____

Cargo _____ Tiempo en el cargo _____ Área _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Ciudad / Provincia: _____ País: _____ Código Postal: _____

Sitio Web

Correo Electrónico:

REFERENCIAS BANCARIAS

Banco	Tipo de Cuenta	Número
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tarjeta de Crédito: _____ Número:

Tarjeta de Crédito: _____ Número:


Deseo recibir la correspondencia en mi: ☐ Domicilio ☐ Trabajo ☐ Otro _____

Firma del postulante

Fecha

PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO IBEROAMERICANO

Cdla. Kennedy Norte. Jerónimo Avilés y Miguel H. Alcívar. Mz.405, Solar 13. 1er. Piso. Guayaquil-Ecuador.

Cel: 09-97753004  becasecuador@funiber.org www.funiber.org

