



**ANEXO 4**  
**AGENCIA CHILENA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL**  
**PARA EL DESARROLLO**  
**PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN SUR-SUR**  
**REPÚBLICA DE CHILE**  
**CONVOCATORIA AÑO 2025**  
**(Completar de forma digital)**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA**

FOTO  
(NO  
OBLIGATORIA)

**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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Teléfono particular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono laboral:** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_

**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 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 2025, hasta el : \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Modalidad Presencial \_\_\_\_\_ Remota \_\_\_\_\_ Híbrida \_\_\_\_\_

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