

FORMULARIO SOLICITUD DE BECA

XV CURSO IBEROAMERICANO DE GESTIÓN PORTUARIA Madrid, España, del 4 al 29 de octubre de 2010

ENVIAR ANTES DEL VIERNES 27 de Agosto de 2010 A:
Secretaría de la Comisión Interamericana de Puertos (CIP)
Dirección: 1889 F. Street, N.W., Oficina 695, Washington, D.C. 20006, Estados Unidos
E-mail: cip@oas.org, Teléfonos: (202) 458-3618, Fax: (202)-458-3517

Fecha de envío de la solicitud por <u>correo</u>
--

DATOS PERSONALES

Apellido(s)		Nombre	
Nº PASAPORTE Validez.		Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento.
Dirección actual.		País de residencia y clase de visa (Si no es de origen)	
Ciudad	Estado	País	Estudiante <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Otro
Zona Postal	Teléfono	Fax	e-mail
		Sexo	Estado
		Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
<i>Si su dirección es temporal indicar por cuanto tiempo y envíe la nueva tan pronto como sea posible. Indicar código país, en tel y fax.</i> <u>OBLIGATORIO RELLENAR LA DIRECCIÓN DE CORREO ELÉCTRICO</u>			

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

Nombre, dirección y teléfono.

BECAS RECIBIDAS

Institución	Propósito	Lugar	Desde	Hasta

EDUCACIÓN (Enseñanza secundaria incluyendo escuelas comerciales técnicas y vocacionales)

Institución	Ciudad	País	Fechas	
			Desde	Hasta
¿Completó la enseñanza secundaria? Si No En caso negativo, (cuál fue el último año aprobado)				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

ENSEÑANZA UNIVERSITARIA

Institución	Ciudad	País	Fechas		Título Recibido
			Desde	Hasta	

CURSOS ESPECIALIZADOS

Institución	Ciudad	País	Fechas		Título Recibido
			Desde	Hasta	

PUBLICACIONES

a) Título de la tesis o disertación	b) Trabajos dentro de la especialización, publicados o inéditos.
-------------------------------------	--

CARGOS PROFESIONALES O TÉCNICOS DESEMPEÑADOS

Cargo o puesto actual	Empleador	Ciudad y País	Desde	Hasta
Breve descripción de sus funciones actuales				
Cargo de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Cargo o puesto anterior	Empleador	Ciudad y País	Desde	Hasta
Breve descripción de sus funciones anteriores				
Cargo de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Cargo o puesto anterior	Empleador	Ciudad y País	Desde	Hasta
Breve descripción de sus funciones anteriores				
Cargo de tiempo completo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

LA INSTITUCIÓN QUE PRESENTA O AUSPICIA AL CANDIDATO

Nombre			
Calle y número		Teléfono	Fax
Ciudad y código postal	País		Dirección e-mail
Clase de Institución Estatal <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> (<u>Especificar</u>)			

INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON EL CANDIDATO

Si trabaja en la institución

¿Conservará el puesto? Si No ¿Mantendrá el sueldo? Si No ¿Recibirá ayuda financiera adicional? Si No

REPRESENTANTE AUTORIZADO EN NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Apellidos	Nombre	Cargo
Firma	Sello	Fecha

REFERENCIA 1

Nombre		
Calle y número	Teléfono	Fax
Ciudad y código postal	País	Dirección e-mail
Clase de Institución Estatal <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> (<u>Especificar</u>)		

REFERENCIA 2

Nombre		
Calle y número	Teléfono	Fax
Ciudad y código postal	País	Dirección e-mail
Clase de Institución Estatal <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> (<u>Especificar</u>)		

REFERENCIA 3

Nombre		
Calle y número	Teléfono	Fax
Ciudad y código postal	País	Dirección e-mail
Clase de Institución Estatal <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> (<u>Especificar</u>)		

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

<input type="checkbox"/> Ser ciudadano o residente permanente de un Estado Miembro de la OEA. Fotocopia del pasaporte
<input type="checkbox"/> Buen conocimiento del idioma español, comprobado con certificado de no ser lengua materna
<input type="checkbox"/> Aptitud física para el cumplimiento de las obligaciones de las tareas que conlleva la realización de la beca
<input type="checkbox"/> Pertenecer a Administraciones Portuarias, Puertos u Organizaciones similares de sus países, ocupen un puesto de trabajo que esté o vaya a estar relacionado con la materia correspondiente a la beca solicitada
<input type="checkbox"/> Acreditar estudios y titulación superior
<input type="checkbox"/> Mínimo de tres años de experiencia en el sector portuario
<input type="checkbox"/> Presentar carta de la entidad a la que pertenece en la que se compromete cubrir los gastos de transporte desde el país de origen al destino final
<input type="checkbox"/> 1 Foto reciente tamaño carnet (preferiblemente digital)

Nombre y Apellidos

Firma

Lugar y Fecha

Los datos personales recogidos en el presente formulario serán utilizados por la CIP/OEA y Puertos del Estado y las entidades que colaboran en el programa a los fines de esta convocatoria de becas y de acuerdo con la legislación vigente sobre la protección de datos.