

FORMULARIO SOLICITUD DE BECA

XVII CURSO IBEROAMERICANO DE GESTIÓN PORTUARIA Madrid, España, del 1 al 26 de octubre de 2012

ENVIAR (vía email: cjp@oas.org) ANTES DEL VIERNES 28 DE JULIO DE 2012 A:
Secretaría de la Comisión Interamericana de Puertos (CIP)
Teléfono: (202) 458-3444,

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 ELECTRÓNICO</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"/> (Especificar)			

INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON EL CANDIDATO

Si trabaja en la institución
¿Conservará el puesto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Mantendrá el sueldo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Recibirá ayuda financiera adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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"/> Pertener 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.