|  |
| --- |
| **Foto tamaño carnet** |

Señores

**Instituto de Postgrado e Investigación en Ciencias de la Salud**

**Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí**

Presente

De mis consideraciones:

Yo, (nombres y apellidos del aspirante), con CC/No. pasaporte xxxxxxxxx-x, solicito a ustedes ser admitido al Programa de estudio de Postgrado:

Mención: (si aplica)

Adjunto los siguientes documentos: (ubicar la lista de los documentos que entrega como adjunto)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción de los documentos** | **Si** | **No** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos completos: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CC. / No. pasaporte: xxxxxxxxxxxxxxxxx

Correo electrónico: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Teléfono: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**1.- DATOS PERSONALES:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C/No. pasaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: dd/ mm/ aaaa Lugar: Ciudad / Provincia / País

Dirección domiciliaria: (Calle, avenida, intersección, número de casa, ciudad, provincia y país)

Número de contacto: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Número de emergencia: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del lugar de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de contacto del trabajo: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Si tiene alguna discapacidad, describa y especifique el porcentaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.- DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y apellidos** | **Relación/Parentesco** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**3.- ESTUDIOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Lugar** | **Público/Privado** | **Desde/**  **Hasta** | **Título obtenido** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4.- ESTUDIOS SUPERIORES Y POSTGRADOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Lugar** | **Título obtenido** | **Registro Senescyt** | **Año** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**5.- EXPERIENCIA LABORAL (Últimos 10 años)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Cargo** | **Pública/**  **Privada** | **Desde-hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**6.- EXPERIENCIA DOCENTE DE NIVEL SUPERIOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Unidad Académica** | **Asignatura** | **Desde-Hasta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**7.- EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Nombre del proyecto** | **Desde-Hasta** | **Registro publicación ISBN o ISSN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**8.- PUBLICACIONES REALIZADAS: (libros y/o artículos científicos)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Fecha De publicación** | **Editorial** | **Registro publicación ISBN o ISSN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**9.- DOMINIO EN IDIOMAS**

**Seleccione con una X y adjunte el documento que certifique la opción escogida.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niveles de Inglés** | | | | | |
| **Básico** | | **Medio** | | **Alto** | |
| **A1** |  | **B1** |  | **C1** |  |
| **A2** |  | **B2** |  | **C2** |  |

**Otro: (Especifique)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**10.- DOMINIO DE SOFTWARE: (Seleccione con una X)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMAS** | **NINGUNO** | **REGULAR** | **BUENO** | **MUY BUENO** |
| WINDOWS/otro sistema operativo, (especifique) |  |  |  |  |
| WORD |  |  |  |  |
| EXCEL |  |  |  |  |
| POWER POINT |  |  |  |  |
| PREZI |  |  |  |  |
| OTROS, (especifique) |  |  |  |  |

**11.- FINANCIAMIENTO**

Seleccione con una X el casillero que indica la forma de financiar sus estudios.

|  |  |
| --- | --- |
| Financiamiento Laboral |  |
| Financiamiento Personal |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Financiamiento bancario |  |
| Beca |  |

Otro:

Explique la forma de financiamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12.- INFORMACIÓN IMPORTANTE**

En caso de tener alguna enfermedad que usted considere debe ser conocida por el coordinador de su programa, por favor escríbalo para tomar las medidas necesarias en caso de emergencia. Ejemplo: Alergias, enfermedades crónicas, del corazón, diabetes, asma, entre otras.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13.-** Agradecemos responda la siguiente pregunta en el espacio asignado.

Cuál es el motivo por el que usted ha decidido seguir el Programa de Estudios seleccionado en la Uleam:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN:**

Al firmar este formulario declaro que todos los datos aquí consignados son verdaderos y autorizo a la Uleam para que los verifique. Que la entrega de la documentación no significa aceptación del programa que estoy postulando. También acepto las normas de confidencialidad de la Universidad en relación al proceso de Admisión.

**Firma del aspirante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Nota: Remitir el formulario y la documentación de soporte a la Secretaría del Departamento de Postgrado.**