|  |
| --- |
| **Insertar fotografía**  |

Señores

**Dirección de Postgrado**

**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:

Especialización en Nefrología

Mención: (si aplica)

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

Adjunto los siguientes documentos:

|  |  |
| --- | --- |
| Cédula de ciudadanía para los postulantes nacionales; y, para los postulantes extranjeros, la cédula de identidad o Pasaporte. |   |
| Copia del Título Profesional de Tercer Nivel Médico, debidamente notariado y para el caso de títulos extranjeros deberán ser apostillados vía consular. |   |
| Registro de título certificado por la Senescyt |   |
| Certificado de Nivel de dominio de lengua diferente a la materna conforme lo establezca la institución de educación superior al nivel A1 o superior |   |
| Certificado de habilitación profesional expedido por el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior (solo para los graduados después del 2014), y para los graduados antes del 2014 el registro del título en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS). |   |
| Certificado del curso de soporte vital avanzado debidamente acreditado. (Último 5 años). |   |
| Contar con un año mínimo de experiencia como residente en medicina interna y urgencias, certificado por la autoridad habilitada para esa función en instituciones públicas. |   |
| Dos cartas de recomendación académica, en las cuales se debe indicar el desempeño académico, la responsabilidad y adaptabilidad del postulante, de preferencia emitida por docentes, investigadores o autoridades de una IES. |   |
| Analítico de Notas de la Carrera de Medicina, emitido por el Secretario General de la IES. |   |

Atentamente,

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

Nombres y apellidos completos: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CC. / No. pasaporte: xxxxxxxxxxxxxxxxx

Correo electrónico: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Teléfono: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

**1.- DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellidos:** | **Nombres:** |
| **Sexo: Masculino Femenino** | **C.C/N° Pasaporte:**  |
| **Fecha de Nacimiento:** dd/ mm/ aaaa **País de Origen: Lugar:** Ciudad / Provincia |
| **Discapacidad:****Auditiva Física motora Intelectual Lenguaje Mental psicososcial** **Visual Ninguna**  |
| **Número CONADIS :**  | **Porcentaje de discapacidad:**  |
| **Etnia:****Indígena Afroecuatoriano/a Negro/a Mulato/a Montubio/a** **Mestizo/a Blanco/a Otro/no registra**  |
| **Nacionalidad:** (**Ingresar la nacionalidad con la que se auto identifica )** |
| **Dirección domicilio:**(Calle, avenida, intersección, número de casa, ciudad, provincia y país)  | **Número de contacto:**xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  | **Número de Emergencia:**xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  |
| **Correo electrónico**: | **Dirección del lugar de trabajo**: | **Número de contacto del trabajo**: |

**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.

Manta, de 20XX

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

Apellidos y Nombres Del Aspirante

Firma

***Nota:*** *Subir el formulario CÓDIGO: PAM-05-F-001 con su fotografía y debidamente firmado (pdf), Junto con la documentación de soporte (pdf) en el repositorio de postulación de Postgrado.*