

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA

CURSO SOBRE ESTRUCTURA DE MODELOS TARIFARIOS

ENVIAR ANTES DEL VIERNES 26 DE MARZO DE 2021 A:

Sabina Malnis (smalnis@oas.org)

Secretaría de la Comisión Interamericana de Puertos (CIP)

Dirección: 1889 F. Street, N.W., Oficina 695, Washington, D.C. 20006, Estados Unidos

Cc: cip@oas.org, Teléfonos: (202) 458-4965, Fax: (202)-458-3517

Fecha de envío de la solicitud por correo electrónico

DATOS PERSONALES

Apellido(s)		Nombre	
Dirección actual.	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento.	
Ciudad	Estado	País	País de residencia
Zona Postal			Estudiante <input type="checkbox"/>
			Residente permanente <input type="checkbox"/>
			Otro
Teléfono	Fax	E-mail	Sexo
			Hombre <input type="checkbox"/>
			Mujer <input type="checkbox"/>
			Estado

BECAS RECIBIDAS (incluyendo Becas de la OEA)

Institución	Propósito	Lugar	Desde	Hasta

EDUCACIÓN (Enseñanza secundaria incluyendo escuelas comerciales técnicas y vocacionales, terminada o en proceso)

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 (terminada o en proceso)

Institución	Ciudad	País	Fechas		Título Recibido
			Desde	Hasta	

CURSOS ESPECIALIZADOS (no es obligatorio)

Institución	Ciudad	País	Fechas		Título Recibido
			Desde	Hasta	

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 (si aplica)	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 (si aplica)	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 POSTULA 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 <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 <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> (Especificar)		

REFERENCIA 2

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

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE ACOMPañAN A ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD

<input type="checkbox"/> <u>Fotocopia del pasaporte</u> en alta resolución de alguno de los Estados Miembros de la OEA. <input type="checkbox"/> <u>Constancia de estudios</u> secundarios, técnicos y/o profesionales (en proceso o terminado) <input type="checkbox"/> <u>Carta de apoyo de la Institución Postulante</u> , dirigida a la Secretaría de la CIP, en la que se compromete a otorgarle al participante 3 horas y media semanales, en horario laboral, para el cumplimiento de los módulos. <input type="checkbox"/> <u>Certificado del idioma español</u> solamente en caso de no ser lengua materna
--

Nombre y Apellidos

Firma

Lugar y Fecha

Los datos personales recogidos en el presente formulario serán utilizados por la CIP/OEA y la Autoridad Portuaria Nacional (APN) del Perú y las entidades que colaboran en el programa a los fines de esta convocatoria y de acuerdo con la legislación vigente sobre la protección de datos.