

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

IMPORTANTE: Si usted dispone del programa *Adobe Acrobat Professional*, podrá llenar este documento y guardarlo. Si dispone únicamente de *Acrobat Reader*, deberá llenarlo, imprimirlo y escanearlo para enviarlo por mail a la sede que corresponda.

Por favor escribir con letra de imprenta

PROGRAMA EN EL QUE DESEA INSCRIBIRSE

Matrícula Nº

Nombre del Programa: _____

¿Cómo nos conoció? _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ciudad/País: _____ Nacionalidad: _____

Pasaporte/Documento de Identidad: _____ Profesión: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento / Provincia / Región: _____ País: _____

Teléfono: _____ Móvil/Celular: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Institución/Empresa: _____

Actividad: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Cargo: _____ Tiempo en el cargo: _____ Área: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento / Provincia / Región: _____ País: _____

Sitio Web: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

		Universidad/Institución	Titulación
Postgrado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Universitario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Técnico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Secundaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____

Deseo que la correspondencia me la envíen a la dirección de: ☐ Domicilio ☐ Trabajo ☐ Otro _____

EXPERIENCIA DE ESTUDIOS ONLINE

¿Ha cursado anteriormente estudios en modalidad online? ☐ Sí ☐ No. Si la respuesta es afirmativa, detalle el tipo de estudio (es posible elegir más de una opción):

☐ Formación Universitaria ☐ Formación para el trabajo ☐ Formación en segundas lenguas

En mi condición de Postulante o Becado, declaro he leído, conozco mis derechos y acepto las POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, el aviso de privacidad y la autorización para el tratamiento de Datos personales de la Fundación Iberoamericana – FUNIBER, y por consiguiente consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en los documentos en mención, los cuales se encuentran consignados en la página web de la Fundación www.funiber.org.co

Firma

Fecha

SOLICITUD DE BECA

IMPORTANTE: Si usted dispone del programa *Adobe Acrobat Professional*, podrá llenar este documento y guardarlo. Si dispone únicamente de *Acrobat Reader*, deberá llenarlo, imprimirlo y escanearlo para enviarlo por mail a la sede que corresponda.

Por favor escribir con letra de imprenta

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN / MASTER / DOCTORADO (para el cual solicita la Beca de estudio)

Nombre del Programa: _____

¿Cómo nos conoció? _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Pasaporte/Documento de Identidad: _____ Profesión: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento / Provincia / Región: _____ País: _____

Teléfono: _____ Móvil/Celular: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR

Depende económicamente de los padres: ☐ SI ☐ NO Ingreso económico familiar mensual: _____

Tipo de vivienda: ☐ Casa ☐ Depto. ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Otra Condición _____

Categoría ocupacional al que pertenece el jefe de familia: _____

La familia posee negocio: ☐ SI ☐ NO Actividad: _____ Vehículo: ☐ SI ☐ NO

Nombre del cónyuge: _____

Actividad: _____ Hijos ☐ SI ☐ NO Cantidad _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

		Universidad/Institución	Titulación
Postgrado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Universitario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Técnico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Secundaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____

Por favor escribir con letra de imprenta

OTROS ESTUDIOS E IDIOMAS

INFORMACIÓN LABORAL

¿Actualmente está trabajando? ☐ SI ☐ NO

Nombre de la Institución/Empresa: _____

Actividad: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Cargo: _____ Tiempo en el cargo: _____ Área: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento / Provincia / Región: _____ País: _____

Sitio Web: _____

Ingresos Mensuales: _____ Egresos Mensuales: _____

EMPLEOS ANTERIORES

Institución/Empresa	Dirección	Ciudad	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REFERENCIAS LABORALES Y PERSONALES (no familiares)

Nombre y Apellido	Teléfono/Celular	Cargo	Correo Electrónico
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Declaro bajo juramento que estos datos son verdaderos

En mi condición de Postulante o Becado, declaro he leído, conozco mis derechos y acepto las POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, el aviso de privacidad y la autorización para el tratamiento de Datos personales de la Fundación Iberoamericana - FUNIBER, y por consiguiente consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en los documentos en mención, los cuales se encuentran consignados en la página web de la Fundación www.funiber.org.co

Firma

Fecha

IMPORTANTE: Para formalizar su inscripción al programa, por favor enviar el Formulario de Inscripción y Fotocopia del Documento de Identidad / DNI o Pasaporte.

Si usted dispone del programa *Adobe Acrobat Professional*, podrá llenar este documento y guardarlo. Si dispone únicamente de *Acrobat Reader*, deberá llenarlo, imprimirlo y escanearlo para enviarlo por mail a la sede que corresponda.

Por favor escribir con letra de imprenta

PROGRAMA EN EL QUE DESEA INSCRIBIRSE

Matricula N°

Nombre del Programa: Certificado de competencia idiomática

¿Cómo nos conoció? _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ciudad/País: _____ Nacionalidad: _____

Pasaporte/Documento de Identidad: _____ Profesión: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento/Provincia/Región: _____ País: _____

Teléfono: _____ Móvil/Celular: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Institución/Empresa: _____

Actividad: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Cargo: _____ Tiempo en el cargo: _____ Área: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Departamento/Provincia/Región: _____ País: _____

Sitio Web: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

		Universidad/Institución	Titulación
Postgrado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Universitario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Técnico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
Secundaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	_____

Deseo que la correspondencia me la envíen a la dirección de: ☐ Domicilio ☐ Trabajo ☐ Otro _____

En mi condición de Postulante o Becado, declaro he leído, conozco mis derechos y acepto las POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, el aviso de privacidad y la autorización para el tratamiento de Datos personales de la Fundación Iberoamericana – FUNIBER. y por consiguiente consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en los documentos en mención, los cuales se encuentran consignados en la página web de la Fundación www.funiber.org.co

Firma

Fecha