



**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 N°

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 de la Empresa: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO IBEROAMERICANO

Ave. Luis Bogran, Colonia Tepeyac, Frente al parque Dr. Cesar Castellanos. Apart-Hotel Suites La Aurora. Tegucigalpa, Honduras.

Teléfono: (504) 2239 4938 / (504) 2239 6951  honduras@funiber.org

[www.funiber.org](http://www.funiber.org)



RI-0000-1951



### PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- Solicitud de Inscripción.
- 2 fotografías.
- Fotocopia de documento de identidad.
- Carta de aceptación de la Beca firmada.
- Fotocopia autenticada del Título Universitario en caso de ser Master o Especialización.
- Carta de Referencia Laboral.

### FORMAS DE PAGO

El pago de matrícula y financiación del programa, se podrán efectuar a través de débito automático a la tarjeta de crédito (Visa - Máster card), o cuenta bancaria, los cuales deberán ser autorizados en la orden de pago.

### NORMATIVA DE INSCRIPCIÓN

- 1.- Plazo de Inscripción: El número de inscripciones es limitado. Reserva su inscripción enviando la documentación por correo postal o por e-mail escaneada en formato JPG, PDF o Giff. Recuerde enviar la documentación debidamente firmada. Cualquier duda consultar con el departamento de Admisiones.
- 2.- Cuando la persona interesada, una vez reservada la plaza y no haya hecho el pago, no pueda iniciar el curso, deberá avisar telefónicamente a FUNIBER para que se pueda facilitar la plaza a otra persona.
- 3.- FUNIBER se reserva el derecho de anular aquellos grupos que no lleguen al mínimo establecido

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 País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Pasaporte/Documento de Identidad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Departamento / Provincia / Región: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil/Celular: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILAR**

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

Tipo de vivienda: ☐ 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		_____	_____

**OTROS ESTUDIOS E IDIOMAS**

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

Por favor escribir con letra de imprenta

## INFORMACIÓN LABORAL

¿Actualmente está trabajando? ☐ SI ☐ NO

Nombre de la Institución/Empresa: \_\_\_\_\_

Actividad de la Empresa: \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_  
Firma del postulante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO IBEROAMERICANO

Ave. Luis Bogran, Colonia Tepeyac, Frente al parque Dr. Cesar Castellanos. Apart-Hotel Suites La Aurora. Tegucigalpa, Honduras.

Teléfono: (504) 2239 4938 / (504) 2239 6951  honduras@funiber.org

[www.funiber.org](http://www.funiber.org)



RI-0000-1051