## I. Formulario de Postulación

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNPROEIB Andes****Proyecto al que postula:** | **FOTO ACTUALIZADA** |

La información que consta en este formulario será de uso reservado y confidencial de la FUNPROEIB. Por favor use letra imprenta o digital. La presente solicitud deberá llenarse y entregarse en oficinas de la FUNPROIEB Andes con la documentación adicional requerida.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL**  | **Fecha de entrega formulario:** |  |  |  |
| Día | Mes | Año |
| **Nombre:** |  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
| **Fecha y lugar de nacimiento:** |  |
| **Ciudadanía actual:** |  | **C.I./pasaporte No.:** |  |
| **Lugar de residencia actual:** |  |
| Calle y número |
|  |  |  |
| Barrio | Provincia | Departamento |
| **Sexo:** | F |  | **Estado Civil:** |  |
| M |  | **Número de hijos o parientes dependientes:** |  |
| **Teléfonos:** |  | Cel.: |
| **Correos electrónicos:**  |  |
| **Título profesional y posición:** |  | **Institución:** |  |
| **Dirección laboral actual:** |  |
|  |  | Telf.: |  |
| Ciudad | País | Cargo: |  |
| **Contacto en caso de emergencia** (una vez matriculada/o) |
| **Nombre:** |  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |
| **Dirección:** |  |
| Calle y número |
|  |  |  |
| Barrio | Departamento | País |
| Teléfonos |  |
| Correos electrónicos  |  |
| **2. ¿HA SIDO BENEFICIARIO DE ALGÚN PROGRAMA DE LA FUNPROEIB EN EL PASADO (CURSO, DIPLOMADO, MAESTRÍA, ETC.)?**  |
| SI | NO | Si lo hizo, ¿en qué año y a qué programa? |
|  |  |  |
| **3. ESTUDIOS SUPERIORES.** Enumere las instituciones de educación superior a las que asistió después de sus estudios secundarios. Puede añadir más casillas, si lo requiere.  |
| Institución/Lugar | Desde (Año/mes) | Hasta (Año/mes) | Título obtenido o esperado | Fecha (año) | Nota u observación |
| *Ejm: UMSS* | *2000* | *2006* | *Lic.Trab. Social* | *12/20012* | *No ejerzo* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4. EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN.** Enumere las investigaciones en la que ha estado involucrada/o. |
| Institución/Lugar | Desde (Año/mes) | Hasta (Año/mes) | Fecha (año) | Nota u observación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **5. PUBLICACIONES.** Enumere aquellos artículos que haya escrito y hayan sido publicados  |
| Título | Tema | Fecha de publicación | Nombre de revista | Editorial | Número de DOI o ISBN | Indexación y sistema de publicación. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **6. COMPRENSIÓN DE IDIOMAS.** |
|  | Excelente | Buena | Limitada | ¿Cómo y/o dónde adquirió la capacidad? |
| Castellano |  |  |  |  |
| Quechua |  |  |  |  |
| Inglés |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |
| **7. INTERESES Y ACTIVIDADES.** Enumere aquellas actividades -profesionales, académicas o personales- que haya hecho con anterioridad y/o sean de su interés. |
|  |

## II. Solicitud de admisión: Requerimiento de asistencia financiera

Por favor use letra imprenta. Envíe este formulario, conjuntamente con los demás formularios que conforman la solicitud de admisión a la FUNPROEIB (físico).

**Nombre del postulante:**

|  |
| --- |
| 1. **¿En qué categoría de ingresos califica al hogar en el que usted vive?**
 |
|  | Menos de 2.060 Bs |  |
|  | 2.060 – 3.060 |
|  | 3.060 – 4.060 |
|  | Más de 4.060 |
| 1. **¿En qué institución trabaja?**
 |
|  | Organismo del Estado Plurinacional |  | Empresa privada |
|  | Organismo de gobierno departamental |  | ONG |
|  | Organismo de gobierno local |  | Trabaja por cuenta propia |
|  | Organismo internacional |  | No trabaja |
| 1. **¿Qué tipo de relación laboral mantiene usted?**
 | 1. **¿Está afiliado al seguro social?**
 |
|  | Dependencia |  | Si |
|  | Contrato por servicios |  | No |
|  | Libre ejercicio profesional |  |
|  | Negocio propio |
| 1. **¿Tiene seguro médico privado?**
 |
|  | Si  | Si su respuesta es positiva especifique cuál: |
|  | No |  |
| 1. **¿Usted se califica en alguno de los siguientes grupos?**
 |
|  | GLTB |  | Campesino |
|  | Afrodescendiente |  | Etnia, cuál:  |
|  | Indígena |  | Otro, cuál:  |
|  | Originario |
| 1. **Nivel educativo de la madre y del padre.**
 |
| Educación | Madre |  | Padre |
| Sin estudios |  |  |  |
| Primaria |  |  |
| Secundaria |  |  |
| Superior |  |  |
| Posgrado |  |  |

Doy fe que todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y, en caso de que así lo requiera la FUNPROEIB, me comprometo a entregar documentos adicionales para acreditarlos como tales.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre/Firma** | **Fecha (día/mes/año)** |