## I. Formulario de Postulación

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNPROEIB Andes** | **FOTO ACTUALIZADA** |

1. La información que consta en este formulario será de uso reservado y confidencial de la FUNPROEIB Andes. Por favor use letra imprenta o digital. La presente solicitud deberá llenarse y enviarse a: [hsoria@proeibandes.org](mailto:hsoria@proeibandes.org) y [matahuichi@proeibandes.org](mailto:matahuichi@proeibandes.org).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Información general** | | | | | | | | | | | **Fecha** | | |  | |  | | | | | |  |
| 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[[1]](#footnote-1) o posición** |  | | | | | | | | | **Institución:** | |  | | | | | | | | | | |
| **Dirección laboral actual:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | Telf.: | | | | | | | | |  | | | | |
| Ciudad | | | | | | País | |  | | | | |
| **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[[2]](#footnote-2).** Enumere las instituciones de educación superior a las que asistió después de sus estudios secundarios. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Institución/Lugar | Desde (Año/mes) | | | Hasta (Año/mes) | | | | | | | Título obtenido o esperado | Fecha (año) | | | Área o disciplina de concentración | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | |
| **4. Comprensión de idiomas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Excelente | | | Buena | | | | | | Limitada | ¿Cómo y/o dónde adquirió la capacidad? | | | | | | | | | | |
| Castellano | |  | | |  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| Quechua | |  | | |  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| Aymara | |  | | |  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| Inglés | |  | | |  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| Otro | |  | | |  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |
| **6. Intereses y actividades.** Enumere aquellas actividades -profesionales, académicas o personales- que haya hecho con anterioridad y/o sean de su interés. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

## 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 | | | |  | Universidad privada |
|  | Universidad pública | | | |  | No trabaja |
| 1. **¿Qué tipo de relación laboral mantiene usted?** | | | | | 1. **¿Está afiliado al seguro social de salud?** | |
|  | 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 | | | |  | Otro, cuál: |
|  | Indígena | | | |  |  |
|  | 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)** |

1. Para el caso de posgrado [↑](#footnote-ref-1)
2. Para el caso de posgrado [↑](#footnote-ref-2)