

Anexo 1

Formato de Solicitud de Beca

Coloque aquí una fotografía reciente, tamaño Pasaporte.

PAÍS POSTULANTE

Para el "Curso Internacional en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo"

Representación diplomática de los Estados Unidos... Mexicanos: Cancele esta leyenda con el matasellos oficial, la fecha y la hora de recepción de documentos en cada una de las copias.

PRIMERA PARTE

(Para ser llenada por el candidata/o. Anexe copia de documentos probatorios)

1.- DATOS GENERALES

1.1 Nombre Completo:

1.2 Nacionalidad:

1.3 Dirección

1.4 Correo Electrónico Personal:

1.5 Teléfono (incluya la clave de larga distancia internacional y local):

1.6 Fecha de Nacimiento: MES _____ Día _____ Año _____

1.7 Edad _____

1.8 Género: Masculino () Femenino ()

1.9 Estado Civil: Soltera/o () Casada/o () Otro ()

1.10 Persona a notificarse en caso de emergencia: Nombre, domicilio, teléfono y correo electrónico (incluya la clave de larga Distancia Internacional y Local)

1.11 Indique el nombre, dirección, teléfono y parentesco del o los beneficiarios/as de la Póliza del seguro de vida (máximo tres).

1.12 Indique en el siguiente cuadro su nivel académico; comience desde el más reciente hasta el más antiguo:

| Institución | Ciudad | Período | | Grado Adquirido | Certificación* |
|-------------|--------|---------|-------|-----------------|----------------|
| | | Desde | Hasta | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Título Universitario, diploma, certificado, etc.

1.13 Cursos en países Extranjeros:

| Institución | Ciudad | Periodo | | Grado Adquirido | Certificación* |
|-------------|--------|---------|-------|-----------------|----------------|
| | | Desde | Hasta | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Título Universitario, diploma, certificado, etc.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO EN EL QUE ACTUALMENTE SE DESEMPEÑA

2.1 Nombre de la Institución o Dependencia Gubernamental:

2.2 Domicilio:

2.3 Puesto que ocupa:

2.4 Fecha en la que inició sus servicios en el puesto: _____

2.5 Teléfono de la institución o dependencia gubernamental (Incluya la clave de larga distancia internacional y local, así como número de extensión):

2.6 FAX: _____

2.7 Correo Electrónico Institucional: _____

2.8 Describa brevemente las funciones de la institución en la que labora y los servicios que brinda:

2.9 Describa las actividades que desarrolla en la institución para la que labora:

2.10 Explique en qué forma la capacitación que recibirá será de utilidad para el trabajo que realiza (mencione proyectos específicos o líneas de trabajo).

3. DATOS DEL EMPLEO ANTERIOR.

3.1 Nombre de la Institución o Dependencia Gubernamental:

3.2 Puesto que desempeñaba:

3.3 Fecha en que inició y terminó sus servicios en el puesto:

4. CARTA COMPROMISO

Certifico que las declaraciones hechas por mí en este formulario son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender; así mismo certifico el cumplimiento con los requisitos para las/os aspirantes (**punto 3.1 de la convocatoria**), así como apegarme al procedimiento para la solicitud de la beca (**punto 3.2 de la convocatoria**).

En caso de ser aceptada/o para la beca de capacitación, estoy en completo acuerdo con:

- 1 No llevar a ningún familiar ni acompañante al país donde se realice el curso.
- 2 Obedecer las instrucciones y cumplir con las condiciones estipuladas tanto por el gobierno postulante, como por el gobierno mexicano en relación con este curso de capacitación.
- 3 Seguir el curso de entrenamiento y cumplir con los reglamentos de la institución o establecimiento con los cuales me comprometo a estudiar y realizar mi capacitación.
- 4 Abstenerme de involucrarme en actividades políticas o cualquier forma de empleo para obtener ganancias o beneficios personales.
- 5 Regresar a mi país de origen al final del curso de capacitación.

Lugar _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____.

Nombre de la candidata/o: _____.

Firma de la candidata/o: _____

SEGUNDA PARTE

(Para ser llenada por la/el Titular de la institución postulante)

1. Describa el trabajo que espera que la candidata/o realice durante el desarrollo del curso:

2. Defina un proyecto que la institución actualmente desarrolla o se encuentra por desarrollar en el que tendrá incidencia directa el curso:

TERCERA PARTE

(Para ser llenada por la/el Titular de la institución postulante)

1. Postulación Oficial

La / el que suscribe certifica que ha examinado los documentos de este formulario y está convencido de que los mismos son auténticos y que pertenecen a la candidata/o por lo consiguiente postulo a:

en nombre del gobierno de _____

para asistir al **“Curso Internacional en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la Prevención del Embarazo”**

| | |
|---------------|----------------|
| Nombre: | Firma: |
| Cargo: | Fecha: |
| Organización: | Sello oficial: |

CUARTA PARTE
HISTORIAL MÉDICO

Marque con una X (sí, no) según corresponda, en caso afirmativo indique en el espacio de observaciones el tipo de padecimiento, fecha y otras condiciones especiales de importancia.

| SI | NO | | Observaciones |
|----|----|--|---------------|
| | | ¿Ha presentado alguna enfermedad o lesión de importancia? | |
| | | ¿Ha sido intervenido quirúrgica o está programado para serlo? | |
| | | ¿Se administra actualmente algún medicamento para el tratamiento de algún padecimiento médico? | |
| | | ¿Tiene algún régimen alimenticio o dieta especial por motivos médicos o personales? | |
| | | ¿Alguna vez ha sido paciente en un hospital psiquiátrico o tratado por un psiquiatra? | |
| | | ¿Alguna vez ha padecido depresión, ansiedad, intento de suicidio o algún otro tipo de trastorno psicológico? | |
| | | Indica si ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: (si es afirmativa alguna de sus respuestas favor de indicar cuál en el campo de observaciones) | |
| | | Asma, enfisema pulmonar, tuberculosis o algún otro padecimiento respiratorio. (si es afirmativa su respuesta favor de indicar cuál en el campo de observaciones) | |
| | | Presión arterial alta, enfermedades cardíacas | |
| | | Enfermedades estomacales o de la vesícula, hepatitis. | |
| | | Diabetes | |
| | | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) | |
| | | Tumor, quistes, cáncer | |
| | | Trastorno hemorrágico, enfermedad de la sangre (anemia de células falciformes) | |