

# 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.

### 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 los datos del o los beneficiarios/as de la Póliza del seguro de vida (máximo tres).

Nombre	Dirección	Teléfono	Parentesco

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

Institución	Ciudad	Periodo		Grado Adquirido*	Área de especialidad
		Desde	Hasta		

\*Título Universitario, diploma, certificado, etc.

1.13 Cursos en países Extranjeros:

Institución	Ciudad	Periodo	Grado Adquirido*	
-------------	--------	---------	------------------	--

		Desde	Hasta		Área de especialidad

\*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 (si, 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 cardiacas	
		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)	