

Anexo 1

Formato de solicitud



PAÍS POSTULANTE:

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

Para el "Curso Internacional en Administración de Bancos de Germoplasma".

PRIMERA PARTE

(Para ser llenada por el candidato. Anexe copia de documentos probatorios)

I. DATOS PERSONALES

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 DE LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE VIDA (MÁXIMO TRES)

	Nombre	Dirección	Teléfono	Parentesco
1.				
2.				
3.				

1.12. INDIQUE EN EL SIGUIENTE CUADRO SU NIVEL ACADÉMICO; COMIENZE DESDE EL MÁS RECIENTE HASTA EL MÁS ANTIGUO:

Institución	Ciudad	Periodo		Grado adquirido*
		Desde	Hasta	

*Indicar si es título universitario, diploma, certificado y en qué área, ej.: Ingeniero Agrónomo, Biólogo, etc.

1.13. CURSOS EN PAÍSES EXTRANJEROS:

Institución	Ciudad	Periodo		Grado adquirido	Certificación*
		Desde	Hasta		

* Título universitario, diploma, certificado, etc.

II. 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. CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:

2.7. 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):

III. 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:

IV. 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 los aspirantes (**punto 3.1, de la convocatoria**), así como apegarme al procedimiento para la solicitud de beca (**punto 3.2 de la convocatoria**).

En caso de ser aceptado para la beca de capacitación, estoy en completo acuerdo con:

1. No llevar consigo a ningún familiar ni acompañante al país donde se realice el curso internacional.
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 internacional.
3. Seguir el curso internacional y cumplir con los reglamentos de la institución 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 internacional.

Lugar _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del candidato: _____

Firma del candidato: _____

SEGUNDA PARTE

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

1. TÍTULO DEL PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO A DESARROLLAR POR EL CANDIDATO EN EL CURSO:

2. INDICAR LA IMPORTANCIA QUE REPRESENTA PARA LA INSTITUCIÓN PROPONENTE Y EL PAÍS, EL TEMA A DESARROLLAR POR EL CANDIDATO EN EL PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO:

3. ENUNCIAR EN SU CASO, EL O LOS PROYECTOS QUE LA INSTITUCIÓN PROPONENTE DEL CANDIDATO, DESARROLLA ACTUALMENTE Y QUE SE RELACIONA DE MANERA DIRECTA CON LA TEMÁTICA DEL CURSO INTERNACIONAL:

TERCERA PARTE

(Para ser llenada y firmada por un funcionario de la organización del país postulante)

1. POSTULACIÓN OFICIAL

El que suscribe certifica que ha examinado los documentos de este formulario y está convencido de que los mismos son auténticos y que pertenecen al candidato, por consiguiente, postulo a: _____ en nombre del gobierno de _____ para asistir al **“Curso Internacional en Administración de Bancos de Germoplasma”**

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

CUARTA PARTE HISTORIAL MÉDICO

MARQUE (SÍ, NO) SEGÚN CORRESPONDA, EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EN EL ESPACIO DE OBSERVACIONES EL TIPO DE PADECIMIENTO, FECHA Y OTRAS CONDICIONES ESPECIALES DE IMPORTANCIA.

SÍ	NO		OBSERVACIONES
		¿HA PRESENTADO ALGUNA ENFERMEDAD Ó LESIÓN DE IMPORTANCIA?	
		¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE 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?	
		INDIQUE SI HA PADECIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: ASMA, ENFISEMA PULMONAR, TUBERCULOSIS O ALGÚN OTRO PADECIMIENTO RESPIRATORIO	
		PRESIÓN ARTERIAL ALTA, ENFERMEDADES CARDIACAS	
		ENFERMEDADES ESTOMACALES O DE LA VESÍCULA, HEPATITIS	
		ENFERMEDAD RENAL, PIEDRAS O SANGRE EN LA ORINA	
		DIABETES	
		SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)	
		TUMOR, QUISTES, CÁNCER	
		TRASTORNO HEMORRÁGICO, ENFERMEDAD DE LA SANGRE (ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES)	