



ANEXO 4
AGENCIA CHILENA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO
PROGRAMA DE BECAS DE COOPERACIÓN SUR-SUR
REPÚBLICA DE CHILE
CONVOCATORIA AÑO 2027
(Completar de forma digital)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA

FOTO
(NO
OBLIGATORIA)

NACIONALIDAD: _____

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: (tal como aparece registrado en el Pasaporte)

Nombres

**Primer
Apellido**

**Segundo
Apellido**

Fecha de nacimiento: ____/____/____/ **Edad:** ____ **Sexo:** ____

Estado Civil: _____

Nombre y nacionalidad del cónyuge: _____

Pasaporte Ordinario Nº: _____ **Expedido en:** _____

Visa para entrar a los EE.UU: SI ____ NO ____

Dirección en su país: _____

_____ **Provincia** _____ **Ciudad:** _____

Teléfono particular: _____ **Teléfono laboral:** _____ **Celular** _____

Dirección Correo Electrónico Vigente: _____

La siguiente información es voluntaria, sin embargo para esta Agencia Chilena de Cooperación Internacional para el Desarrollo resulta importante para la gestión del Programa de Mejoramiento de la Gestión en materia de Género, como parte de una política pública que se viene desarrollando en Chile. AGCID agradece de antemano su colaboración.

Usted es Jefe de Hogar?		Nº de Hij@s		Edades de Hij@s	
Si	No	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres

FORMACION ACADÉMICA DEL CANDIDATO

Título universitario: _____

Expedido por : _____
(Universidad o Centro de Estudios Superiores)

Fecha: _____

Otros estudios realizados: _____

Idiomas: _____

Publicaciones, libros artículos u otros: _____

DATOS PROFESIONALES

Empleo o cargo actual: _____

Institución en que trabaja: _____

Descripción de las actividades que realiza: _____

Otras actividades o cargos desempeñados:

Período	Institución	Cargos desempeñados
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OTROS DATOS

Otras becas obtenidas: _____

Otros datos de interés: _____

REFERENCIAS O AVALES RELACIONADOS CON SU ACTIVIDAD ACADEMICA O PROFESIONAL:

PROGRAMA DE ESTUDIOS A REALIZAR:

Nombre del Magister: _____

(Nombre de la misma)

Duración de los estudios _____ de _____ del 2027, hasta el : _____ 20_____

Modalidad Presencial _____ Remota _____ Híbrida _____

Universidad o Centro de Estudios: _____

Dirección _____ Localidad _____

¿Tiene ya la aceptación del Centro? SI

☐

NO

☐

(adjuntar fotocopia de la carta de aceptación)

Agradeceremos señalar si usted está informado de las características y orientación del programa de estudio escogido, así como de las competencias que el mismo requiere para que los participantes tengan un adecuado desempeño.

Me he documentado a cabalidad, solicitando información que va más allá de la publicada en la página web de la universidad SI _____ NO _____

Conforme a la información solicitada directamente a la universidad tengo absoluta claridad de la orientación del programa de estudio SI _____ NO _____

Conozco los requisitos referidos a cuales son las exigencias de conocimientos y capacidades previas que me serán exigidas en el programa de estudio escogido SI _____ NO _____

Declaro bajo juramento que toda la información que he incorporado en este Formulario de Postulación es verdadera y comprobable. Declaro, además, que acepto los términos y condiciones establecidos en la Convocatoria del Programas de Becas de AGCID en la que se inserta este Formulario.

Fecha

Firma del Postulante