

Anexo 1

Formato de solicitud



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.

PAÍS POSTULANTE:

Para el “Tercer 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 **“Tercer**

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)	