

CONSEJO DE GOBIERNO DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE GALÁPAGOS PROGRAMA DE BECAS CGREG

SUBPROGRAMA: " _____ " ”

NOTAS:

1. Lea detenidamente este formulario, llene todos los casilleros con la información solicitada y utilice letra de imprenta para llenarlo.
2. La información proporcionada en este formulario será sujeta a verificación. La comprobación en la falsedad de la misma determina la eliminación del proceso de becas.
3. Para efectos del proceso de selección de becas, se considerarán como requisitos únicamente los documentos exigidos en la respectiva convocatoria de acuerdo al componente de beca al que se está aplicando.

INFORMACIÓN DEL POSTULANTE

DATOS PERSONALES	CEDULA:				
	APELLIDOS:				
	NOMBRES:				
	LUGAR DE NACIMIENTO:		EDAD		
	FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO		
	ESTADO CIVIL :				
	AUTODEFINICION (ETNIA):				
	DIRECCIÓN DOMICILIARIA EN GALÁPAGOS:	CANTÓN			
		CALLE/NUMERO			
		ZONA	URBANA <input type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>	
	DOMICILIO DONDE REALIZA SUS ESTUDIOS:	PAÍS/CIUDAD			
		CALLE/NUMERO			
		REFERENCIA			
TELÉFONO DE CONTACTO:		CELULAR:	CONVENCIONAL:		
CORREO ELECTRÓNICO:					
DATOS DE ESTUDIOS DE BACHILLERATO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA:				
	TIPO DE INSTITUCIÓN:		FISCAL <input type="checkbox"/>	FISCOMISIONAL <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>
	TÍTULO OBTENIDO				
	AÑO DE GRADUACIÓN				
	CALIFICACIÓN DE GRADO				
DATOS DE ESTUDIOS SUPERIORES	INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR:				
	LUGAR DE ESTUDIOS	PAÍS			
		PROVINCIA			
		CIUDAD			
	TIPO DE INSTITUCIÓN:		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	
	CARRERA:				
	TÍTULO A OBTENER:				
	AÑO, CICLO O NIVEL QUE CURSA:				
	AÑO/FECHA DE INICIO DE ESTUDIOS:				
	AÑO/FECHA DE FIN DE ESTUDIOS:				

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE SOLIDARIO					
DATOS PERSONALES	CEDULA:		GÉNERO		
	APELLIDOS:				
	NOMBRES:				
	TELÉFONO DE CONTACTO:	CELULAR:	CONVENCIONAL:		
	CORREO ELECTRÓNICO:				
	DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	CIUDAD			
		CALLE/NUMERO			
		REFERENCIA			
	ESTADO CIVIL:	SOLTERO/A:	CASADO/A:		
	EN CASO DE ESTAR CASADO/A LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE EL/LA CÓNYUGE:				
	CEDULA:				
	APELLIDOS:				
	NOMBRES:				
	TELÉFONO DE CONTACTO:	CELULAR:	CONVENCIONAL:		
CORREO ELECTRÓNICO:					
INFORMACIÓN FACTORES SOCIALES Y ACCIONES AFIRMATIVAS					
Es beneficiarios/as del Bono de Desarrollo Humano o forma parte del núcleo familiar de un beneficiario/a del mismo.		SI	NO		
En su núcleo familiar hay un beneficiario/a de pensión asistencial otorgada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES.		SI	NO		
Es madre soltera (Estudiante) con hijos/as menores de edad o con discapacidad.		SI	NO		
Posee familiares de primer grado de consanguinidad con Enfermedades catastróficas .		SI	NO		
Posee familiares en primer grado de consanguinidad fallecidos.		SI	NO		
Es estudiantes portador del carnet de discapacidad emitido por el MSP		SI	NO		
Ha sido víctima de violencia basada en género (Estudiante).		SI	NO		
INFORMACIÓN ADICIONAL					
MÉRITOS ACADÉMICOS	Merito educativo como abanderados o escoltas	SI		TIPO DE DESIGNACIÓN:	
		NO			
MÉRITOS PROPIOS	Ha participado en concursos, en concursos, competencias, torneos o campeonatos en representación de la provincia con el auspicio de una institución establecida en Galápagos, dentro del tiempo que realizo sus estudios desde el 8vo hasta el 3er de Bachillerato, o posteriores.	TIPO DE EVENTO			
		NOMBRE DE EVENTO			
		INST. AUSPICIANTE			
		FECHA DE EVENTO			
	Ha brindado apoyo en proyectos sociales o medioambientales a favor de la provincia en conjunto con ONG, fundaciones o Instituciones educativas, dentro del tiempo que realizo sus estudios desde el 8vo hasta el 3er de Bachillerato, o posteriores.	TIPO DE EVENTO			
		NOMBRE DE EVENTO			
		INST. AUSPICIANTE			
		FECHA DE EVENTO			
Nota: En caso de estar dentro de las causales detalladas en el cuestionario anterior o haber obtenido méritos académicos o propios, adjuntar en su expediente de postulación la respectiva documentación de soporte legítima, válida y veraz, detallada en el Instructivo y bases de postulación del programa de becas CGREG.					
OBSERVACIONES					
<i>Declaro que la información en este formulario es verídica y la comprobación en la falsedad de la misma anula el proceso de selección de la beca a la que estoy aplicando.</i>					
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL ASPIRANTE, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO			