

CONSEJO DE GOBIERNO DE RÉGIMEN ESPECIAL DE GALÁPAGOS

PROGRAMA DE BECAS CGREG

SUBPROGRAMA: " _____ "



Consejo de Gobierno del
Régimen Especial
de Galápagos

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.

1. INFORMACIÓN DEL POSTULANTE

CEDULA CIUDADANÍA				APELLIDOS				NOMBRES							
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO						ESTADO CIVIL				GÉNERO					
AÑO	MES	DÍA	PROVINCIA	CANTÓN Y PARROQUIA		SOLTERO	CASADO	VIUDO	MASCULINO	FEMENINO					
Se autodefine como:			Indígena	Afroecuatoriano	Mestizo	Montubio	Negro	Blanco							

2. INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIOS QUE CURSA

CENTRO DOCENTE:					
ESTUDIOS:					
TÍTULO A OBTENER:					
AÑO, CICLO O NIVEL QUE CURSA:					
LUGAR DE ESTUDIOS		DURACIÓN		TIPO CENTRO	
PROVINCIA	CIUDAD	DESDE	HASTA	PÚBLICO	PRIVADO
				OTRO	
INSTITUCIÓN ACADÉMICA DE LA QUE PROVIENE:					
TIPO DE INSTITUCIÓN DE LA QUE PROVIENE:		PÚBLICA:		PRIVADA:	
TÍTULO OBTENIDO:					
CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE:					

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE EN ECUADOR CONTINENTAL

PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD, CALLE Y NÚMERO	TELÉFONO

DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE EN GALÁPAGOS

PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD, CALLE Y NÚMERO	TELÉFONO

CONTACTO Y DIRECCIÓN EN GALÁPAGOS DEL GARANTE SOLIDARIO/A

CEDULA CIUDADANÍA				APELLIDOS				NOMBRES						
PROVINCIA		CANTÓN		CIUDAD, CALLE Y NÚMERO				TELÉFONOS						
CORREO ELECTRÓNICO:														

INFORMACIÓN PARA TRANSFERIR LOS VALORES DE LA BECA

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA				
ENTIDAD BANCARIA:		TIPO DE CUENTA		
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA		AHORRO		CORRIENTE
FINANCIAMIENTO QUE SOLICITA EL ASPIRANTE				
MANUTENCIÓN:		SI:		NO:
COLEGIATURA:		SI:		NO:
PASAJE:		SI:		NO:

OBSERVACIONES	
----------------------	--

--

<p>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.</p>

--	--

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL ASPIRANTE, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO
---------------	------------------------------------------------------

CONTROL PREVIO (espacio para uso del IFTH)	
---------------------------------------------------	--

La información consignada en esta solicitud de beca es correcta y completa. Los documentos académicos y demás anexos presentados corresponden a los exigidos en la solicitud de beca?	
SI	NO

OBSERVACIONES	
----------------------	--

--

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	FIRMA
----------------------------	------------------------	-------

--	--	--

LUGAR Y FECHA DE INGRESO DE DATOS	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	FIRMA
-----------------------------------	------------------------	-------

--	--	--

APROBADO POR:	NOMBRE DEL TÉCNICO DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN	FIRMA
---------------	--------------------------------------------	-------

--	--	--