# **SOLICITUD DE BECA DE POSGRADO**

Azogues, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

**Estimados/as**

**Miembros del Comité de Becas de posgrados**

**Universidad Nacional de Educación.**

**Ciudad**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante admitido en el Programa de Posgrado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito la Beca por:

* ( ) Beca Académica por graduado en alguna carrera que oferta la Universidad Nacional de Educación;
* ( ) Becas por acción afirmativa para posgrado;
* ( ) Discapacidad;
* ( ) Becas para personal académico titular u ocasional y personal administrativo titular.

# **Para todas las tipologías de becas:**

* Indique por qué necesita la beca y exprese la información que considere relevante.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Yo, postulante, tengo una enfermedad catastrófica: SI ( ) NO ( )

# ***En caso de señalar SI, adjuntar certificado médico con diagnóstico de la enfermedad catastrófica.***

* En mi familia convivimos con una persona que tiene:

Discapacidad SI ( ) NO ( )

Enfermedad catastrófica SI ( ) NO ( )

Violencia intrafamiliar SI ( ) NO ( )

Privado de la libertad SI ( ) NO ( )

Víctima de desastres SI ( ) NO ( )

En caso de señalar SI, indique el parentesco, nombres completos, edad, Nro. de carnet de discapacidad, diagnóstico de enfermedad catastrófica, y en el caso de privación de liberta o víctima de desastres descripción del hecho.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ***En caso de señalar SI, adjuntar carnet y/o certificado médico con diagnóstico y/o documentación que respalde lo expresado.***

* ¿Tiene hermanos/as que estudian en la UNAE o familiar que trabaja en la UNAE?

SI ( ) NO ( )

# ***En caso de señalar SI, indicar nombres completos, carrera y/o cargo.***

* Actualmente ejerce alguna actividad laboral:

SI ( ) NO ( )

En caso de señalar SI, indique que actividad laboral realiza, nombre de empresa o institución y cuáles son los ingresos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Presentar comprobación de sus ingresos**

* Composición Familiar

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nro.** | **Parentesco** | **Nombres y Apellidos** | **Cedula** | **Edad** | **Estado Civil** | **Nivel de Instrucción** | **Ocupación** | **Ingresos** | **SI Discapacidad-tipo-%** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Es ecuatoriano/a y fue emigrante con la finalidad de realizar actividades laborales en otro país:

SI ( ) NO ( )

Indique el país, el periodo de tiempo que estuvo fuera del país, fechas y actividades que realizaba en el exterior.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Es extranjero/a y se encuentra en Ecuador en condición de refugiado:

SI ( ) NO ( )

Indique de qué país proviene y desde que fecha reside en Ecuador.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Si postula por Acción Afirmativa - Comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, especifique:**

* A que cultura o pueblo pertenece, además indicar la provincia, cantón, parroquia, recinto o comunidad de su cultura o pueblo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del postulante

***Nota:*** *La presente solicitud debe ser debidamente llenada, impresa, firmada, adjuntar las evidencias o documentación pertinente y escanear en pdf para subir al SGA.*