Comunicado No.22/2021

FORMULARIO DE BECA Nº2

 **“A*UDITORÍAS INTERNAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO*”**

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| **NOMBRE COMPLETO** |  |
| **N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** |  |
| **N° PASAPORTE** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  |
| **DIRECCIÓN COMPLETA** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **CELULAR** |  |
| **CORREO ELECTRONICO** |  |
| **CP PAÍS** |  |
| **SOCIEDAD FILIAL DE COLABIOCLI DE ORIGEN \*** |  |

**(\*)** Debe acompañarse de una nota de la sociedad ratificando la antigüedad.

**1.- DATOS ACADÉMICOS. -**

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO DE GRADO** |  |
| **OTROS** |  |
| **VINCULACIÓN CON UNIVERSIDADES O CENTROS DE ESTUDIO** |  |

**2.- HISTORIA LABORAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUCIÓN** |  |
| **DIRECCIÓN** |  |
| **CARGO** |  |
| **DESCRIPCION DEL CARGO O ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TRABAJO** |  |

# 3.- EXPLICACION DE MOTIVOS POR LOS QUE ASPIRA A OBTENER LA BECA.

|  |  |
| --- | --- |
| **COMO PIENSA QUE SU PARTICIPACION EN EL CURSO BENEFICIARIA A LA MEJORA DE SU CONDICION LABORAL (Máximo 300 palabras)** |  |
| **COMO SU PARTICIPACION EN EL CURSO SE VINCULA CON EL TRABAJO QUE REALIZA EN SU PAÍS.** **(Máximo 200 palabras)** |  |
| **COMO PIENSA QUE SU PARTICIPACION EN EL CURSO APORTARA A LA SUPERACION PERSONAL DE SU HABILIDADES PROFESIONALES.****(Máximo 200 palabras)** |  |

**4.- DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE** (Para ser firmada por el solicitante).

**FIRMA SOLICITANTE**