

FORMULARIO DE INSCRIPCION PROGRAMA DE BECAS

1. DATOS PERSONALES

- **Nombre completo:**
- **Tipo de documento:** ☐ CC ☐ CE
- **Número de documento:**
- **Fecha de nacimiento:**
- **Edad:**
- **Teléfono:**
- **Correo electrónico:**
- **Dirección de residencia:**
- **Estrato:**
- **Composición Familiar:**
- **Estado civil:**

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

- **Programa que cursa:**
 - ☐ Médico Residente – Primera Especialidad
 - ☐ Fellow – Cuidado Intensivo
- **Año actual de formación:**
- **¿Ha finalizado su primer año de entrenamiento?**
 - ☐ Sí
 - ☐ No
- **Semestres cursados:**
 - ☐ Primer semestre
 - ☐ Segundo semestre
 - ☐ Ambos
- **Adjunta notas de los dos primeros semestres:**
 - ☐ Sí
 - ☐ No (Explique por qué):

3. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

- **Rotación o servicio donde realizó actividades supervisadas:**
- **Nombre del instructor que emite la carta de recomendación:**



- ¿Adjunta carta de recomendación del instructor?

☐ Sí
☐ No

4. MOTIVACIÓN PARA SOLICITAR LA BECA

- *Explique brevemente por qué solicita el beneficio:*

5. DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- Yo, (su nombre completo), declaro que:
- He completado al menos mi primer año de entrenamiento.
- Cumpló con las normas del manual de convivencia y el reglamento de la FUCS.
- Represento adecuadamente los valores profesionales, éticos y humanos del programa y del grupo de Fundación Factogroup.
- Todos los documentos adjuntos son verídicos.

Firma del solicitante:

Fecha:

6. DOCUMENTOS ANEXOS

- ☐ Copia del documento de identidad
- ☐ Notas de los dos primeros semestres
- ☐ Carta de recomendación del instructor
- ☐ Otros documentos (especificar):

