



NOMBRE DEL CANDIDATO:

**PROGRAMA DE BECAS FANTEL
PARA EDUCACIÓN SUPERIOR**

**FORMULARIO DE SOLICITUD
BECAS NACIONALES**

CONVOCATORIA 2008-2009

Calle Don Bosco y Av. Manuel Gallardo, Santa Tecla,
La Libertad, El Salvador C.A.

PBX: 2202-8830 FAX: 2202-8831

e-mail: becasfantel@fedisal.org.sv

Sitio Web:

www.fedisal.org.sv/fantel



PROGRAMA DE BECAS FANTEL PARA EDUCACIÓN SUPERIOR

Pegue aquí su foto reciente

POR FAVOR ESCRIBA A MAQUINA

DATOS GENERALES

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

DUI _____

Dirección _____

Departamento

Municipio

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____ Fax _____

Dirección Electrónica _____

Sexo: Masculino Femenino Nacionalidad _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Acompañado Divorciado

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

¿Ha solicitado una beca FANTEL en el pasado? Si No Cuándo _____

¿Tiene familiares becados por el Programa de Becas FANTEL? Si No

¿En qué grado? Consanguinidad _____ Afinidad _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del Padre: _____

¿Vive todavía? Si No Edad: _____

Nivel Educativo más alto: Básica Bachillerato Universitario

Título Universitario: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Cargo: _____

Nombre de la Madre: _____

¿Vive todavía? Si No Edad: _____

Nivel Educativo más alto: Básica Bachillerato Universitario

Título Universitario: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Cargo: _____

Nombre del (la) Cónyuge: _____

¿Vive todavía? Sí No Edad: _____

Nivel Educativo más alto: Básica Bachillerato Universitario

Título Universitario: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Cargo: _____

Número de hijos: _____ Número de hermanos: _____

Indique las personas a las que proporciona ayuda financiera:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

ESTADO DE SALUD

Cómo considera usted su estado de salud: Excelente Bueno Regular Deficiente

¿Ha estado alguna vez bajo tratamiento médico prolongado? Sí No

¿Está actualmente bajo tratamiento médico por alguna causa? Sí No

¿Ha sido tratado alguna vez por desórdenes emocionales o psicológicos? Sí No

¿Tiene algún impedimento físico? Sí No

Si ha contestado en forma afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, favor de explicar detalles:

INFORMACIÓN SOCIO ECONÓMICA

Número de personas que componen su grupo familiar: _____

Si trabaja, cuál es su ingreso **mensual** actual US\$ _____ Ingresos Familiares **mensuales** US\$ _____

¿A cuánto ascienden mensualmente sus gastos de vida? US\$ _____

¿Tiene otro ingreso económico? No Sí ¿a cuánto asciende mensualmente? _____

Recibe ayuda económica de : Padre Madre Esposo(a) hermano(a) Otros

¿Tiene capacidad económica para pagar un complemento del costo de su programa académico?
No Sí

HISTORIAL ACADÉMICO

Educación Media:

Institución de Bachillerato: _____

Título Obtenido: _____

Año de Graduación: _____ Promedio de Notas: _____ PAES: _____

Educación Superior (para aspirantes de Postgrado):

Universidad: _____

Título Obtenido: _____

Año de Graduación: _____ CUM: _____

Otros Estudios Realizados: _____

Institución: _____

Describe brevemente las distinciones, premio o becas que ha recibido: _____

PROGRAMA DE ESTUDIOS A REALIZAR

Nivel de Estudios: Grado Postgrado

Carrera: _____

Duración estimada de los estudios: Desde ____/____/____ hasta ____/____/____

Nombre de la Universidad: _____

Dirección de la Universidad: _____

Para aspirantes que actualmente están cursando una carrera universitaria

¿Qué nivel de la carrera está estudiando? _____

¿Cuántas materias tiene ganadas? _____ ¿Cuántas le faltan por aprobar? _____

EXPERIENCIA LABORAL

Trabaja actualmente: Sí No

Nombre de la Compañía: _____

Cargo: _____ Fecha de Inicio: _____

ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES (trabajo comunitario o voluntario, comités o asociaciones a que pertenece)

El Programa exige dedicación completa a los estudios, de ser aprobada su solicitud de beca, estaría dispuesto a dejar de trabajar? Si No

He leído los documentos relacionados con la normativa del programa de Becas y estoy de ACUERDO con lo establecido.

Firma del Solicitante

NOTA IMPORTANTE

- **PRESENTAR LOS DOCUMENTOS EN UN FÓLDER TAMAÑO CARTA CON FASTENER; ORDENADOS SEGÚN INSTRUCTIVO Y DEBIDAMENTE ETIQUETADOS CON EL NOMBRE COMPLETO EN ORIGINAL Y UNA COPIA.**
- **PRESENTAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD CON INFORMACIÓN COMPLETA A MAQUINA Y FOTOGRAFÍA RECIENTE EL DÍA INDICADO EN EL INSTRUCTIVO.**
- **ÚNICAMENTE SE RECIBIRÁN SOLICITUDES DIRECTAMENTE DE LOS INTERESADOS QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA ESTA CONVOCATORIA.**
- **TODA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA ES PROPIEDAD DEL CONSORCIO.**
- **NO SE RECIBIRÁN FÓLDERES QUE NO CONTENGAN TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA.**