

FONDO DE BECAS
FORMULARIO DE POSTULACION
MAGÍSTER EN ARQUITECTURA DEL PAISAJE

Semestre: _____

Año: _____

1. Identificación del alumno:

Nombre del postulante

--	--	--

(Apellido paterno, materno, nombres)

Fecha de nacimiento

--

Nacionalidad

--

RUT

--

email

--

Fecha de ingreso al programa

--

Fecha estimada egreso

--

2. Beca a la que postula.

(Marque con una X la alternativa que corresponde. Sólo puede seleccionar una opción)

	MAGISTER EN ARQUITECTURA DEL PAISAJE	Abierta a todo estudiante del programa. Cubre hasta el 75% de la matrícula.
	FADEU	Dirigida a estudiantes provenientes de disciplinas diferentes a la arquitectura. Cubre hasta el 50% de la matrícula.
	LATINOAMÉRICA	Orientada a alumnos extranjeros con nacionalidad de algún país latinoamericano. Cubre hasta el 50% de la matrícula.
	INVESTIGACION Y POSTGRADO	Orientada a alumnos del Programa. Cubre hasta el 25% de la matrícula.

3. Aspectos Académicos

a) Cursos propuestos para el próximo semestre

Sigla	Créditos	Nombre del curso

b) Cursos inscritos aprobados, pendientes o reprobados el semestre anterior

Sigla	Créditos	Nombre del curso	Nota obtenida

Promedio ponderado
acumulado

Confirmando que la información entregada corresponde a la realidad.

Firma del Postulante

Firma y Nombre Jefe de Programa

4. Situación Socioeconómica

Desempeño profesional y académico

Desempeño profesional (marque con una x)
¿Tiene usted un empleo actualmente?:

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

En caso de tenerlo (marque con una x)
¿Es su empleador la P. Universidad Católica?:

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Nombre Unidad Académica:

¿Otra Institución? (Especifique):

Si usted tiene empleo indique:

Dedicación horaria semanal a este empleo:	<input type="text"/>
---	----------------------

Su ingreso mensual total:	\$ <input type="text"/>
	o US\$ <input type="text"/>

5. Evaluación Socioeconómica

Describa su situación (marque con una x)

Su grupo familiar depende de usted:	<input type="checkbox"/>
Usted es dependiente de su grupo familiar	<input type="checkbox"/>

Especifique parentesco para cada uno de los miembros del grupo familiar: cónyuge, hijos, padres, etc.

	número	parentesco
Mayores de 18 años?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Menores de 18 años?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ingreso familiar mensual total	\$ <input type="text"/>
	o US\$ <input type="text"/>

Monto mensual que paga

Situación habitacional (marque con una x)

Dueño de la vivienda	<input type="checkbox"/>
Arrienda	<input type="checkbox"/>
Otro (Especifique):	<input type="checkbox"/>

Monto mensual que paga	\$ <input type="text"/>
	o US\$ <input type="text"/>

6. Becas de mantención de postgrado en años anteriores (marque con una x)

¿Ha obtenido este beneficio en años anteriores por parte de Universidad?:

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Indique número de semestres

¿Ha obtenido este beneficio en años anteriores por parte de su Facultad?:

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Indique número de semestres

Becas otorgadas por otras instituciones

Indique número de semestres

Institución que otorgó el beneficio

Declaro que la información entregada corresponde a la realidad.

Fecha

Firma del Postulante

DECLARACIÓN SOBRE INGRESOS ADICIONALES (B)

Quien suscribe declara bajo juramento que:

1. Durante el período de vigencia de la beca que le ha otorgado el programa Magister en Arquitectura además percibirá ingresos por el o los monto(s) que se indican a continuación, según la fuente que los otorga:

FUENTE	\$chilenos o US\$ (monto mensual)	PERÍODO (desde mes/hasta mes)	OBSERVACIONES

2. En caso que con posterioridad a la firma de esta declaración, se produjera algún cambio respecto de lo señalado en el punto anterior, quien suscribe informará de esta nueva situación jefe del programa.

Nombre

Firma

RUT

DECLARACIÓN SOBRE DEDICACIÓN AL PROGRAMA

Declaro que, en caso de obtención de la beca, tendré una dedicación al postgrado que sea compatible con las exigencias del Programa al cual pertenezco. En caso que esta condición no pueda ser satisfecha una vez iniciado el período de servicio, me comprometo a informar por escrito de esta circunstancia, en un plazo de 15 días desde el momento que fuera conocida. El no cumplimiento de este requisito será causal de suspensión de la Beca.

Nombre

Firma

Fecha