



Universidad de Costa Rica  
Rectoría-Vicerrectoría de Docencia-Vicerrectoría de  
Administración-Oficina de Asuntos Internacionales y  
Cooperación Externa  
Sistema de Estudios de Posgrado

Fotografía

**Formulario de Permiso-Beca SEP-CONARE**

I. Información General				
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:
Dirección de la casa de habitación (favor incluir la información de manera clara y completa):				
Teléfono habitación:			Celular:	
Dirección electrónica:				
Cédula de identidad o residencia:			Nacionalidad:	
Fecha de nacimiento		Provincia		País
Día	Mes	Año		
Estado civil:				
Lugar (es) de trabajo o Unidad Académica		Horario		Teléfono o extensión

II. Antecedentes Académicos				
a. Educación formal (anote únicamente títulos universitarios)				
Fecha de inicio	Año de graduación	Institución y país	Grado obtenido	Título recibido o disciplina
b. Conocimientos del (de los) idioma(s). Anote de acuerdo con la siguiente escala: excelente, bien, regular, mal, nada				
Lengua	Lee	Escribe	Habla	

### III. Experiencia Profesional

a. Docente (puede utilizar hojas adicionales)

Fecha de inicio	Hasta	Institución	Cursos dictados	Jornada de dedicación

b. Investigación

Fecha de inicio	Hasta	Institución	Nombre y No. de proyecto	Tipo de colaboración y /o jornada de dedicación

c. Administrativo

Fecha de inicio	Hasta	Institución	Cargo	Jornada de dedicación

### IV. Relación Laboral

Está en Régimen Académico (para docente):  Sí  No

Total de años de servicio a la Institución: \_\_\_\_\_  
Categoría: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_

Está en propiedad (para funcionarios(as) administrativos(as):  Sí  No

Total de años de servicio a la Institución: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_

V. Información familiar de las personas que conviven actualmente con usted		
Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento

VI. Estudios que se propone realizar en el Sistema de Estudios de Posgrado (CONARE)	
Nombre de la universidad en la cual realiza sus estudios: _____	
Nombre del programa en el cual está admitido (a): _____	
Campo de estudio o especialización que se propone realizar o que realiza: _____	
Grado académico propuesto: _____	
Fecha de inicio de sus estudios: _____	Fecha de finalización de sus estudios: _____
Período autorizado por la unidad académica u oficina para el disfrute del permiso-beca: _____	
Jornada: _____	
Ha disfrutado anteriormente de una beca de la Universidad de Costa Rica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo indique qué tipo de beca: _____	

Detalle el cronograma de estudios del programa que usted piensa desarrollar, con fechas aproximadas de defensa del examen de candidatura y de la tesis.

#### VII. Certificación del (de la) solicitante

Hago constar que la información suministrada por el (la) suscrito (a) en este formulario es fidedigna. En caso de ser aprobado el beneficio me comprometo a cumplir a cabalidad los requisitos y disposiciones académicas de la universidad miembro de CONARE en la cual llevaré a cabo mis estudios y los compromisos adquiridos con la Universidad de Costa Rica, de acuerdo con los términos y condiciones que demande el Contrato de Permiso-Beca y el Reglamento del Régimen de Beneficios para el Mejoramiento Académico de los Profesores y Funcionarios en Servicio.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### VIII. Certificación del Decano(a), Director(a) (en caso de docentes) o Jefatura (en caso de administrativos(as))

El (la) suscrito (a): \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
(nombre) (puesto)

de la \_\_\_\_\_ hace constar que ha revisado con detalle la información  
(unidad u oficina)

contenida en este formulario, presentado por: \_\_\_\_\_  
(nombre y firma del docente o funcionario (a) del sector administrativo)

la cual es correcta y consecuente con los planes de desarrollo de esa unidad.

Sello

Este (a) solicitante cuenta con un nombramiento de: \_\_\_\_\_  en propiedad  
 interino

**Para solicitantes docentes en condición interina con reserva de plaza**

De conformidad con la normativa que regula lo relacionado con el Programa de Formación de Recursos Humanos de la Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Externa de la Universidad de Costa Rica, la Asamblea de \_\_\_\_\_

(Facultad, Escuela, Sede)

número \_\_\_\_\_, efectuada el día \_\_\_\_\_, ha dispuesto reservarle la plaza de \_\_\_\_\_  
(jornada)

Asimismo, hago constar que la Unidad a mi cargo es consciente del compromiso presupuestario que adquirió en el mencionado acuerdo de Asamblea.

**Para uso exclusivo del Sistema de Estudios de Posgrado**