



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: Sí 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