

**Foto**

 ESCUELA DE POSTGRADO

**FICHA DE POSTULACIÓN CURSOS DE POSTGRADO**

|  |
| --- |
| **CURSO AL QUE POSTULA:** |
|  |  |  |
| **ANTECEDENTES PERSONALES** |  |  |
| Nombre completo: |
| Fecha de nacimiento: |  | RUN: |
| Nacionalidad: | Estado civil: |
| Dirección particular: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: |
| Correo electrónico: |
|  |  |  |
| **ANTECEDENTES LABORALES** |  |  |
| Dependiente  | Independiente |
| Institución en la que trabaja | : |
| Giro | : |
| Función que cumple | : |
| Dirección comercial | : |
| Teléfono comercial | : |
| **EXPERIENCIA LABORAL PREVIA** |
| **Cargos anteriores** | **Desde** | **Hasta** | **Institución** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ANTECEDENTES ACADÉMICOS** |
| **Universidad o institución** | **Título, Grado o Especialidad** | **Años****Desde -Hasta** |
|  |  |  |
| **TIPO DE FINANCIAMIENTO DE LA ACTIVIDAD (elegir uno)** |
| \_\_ Invitación Especial INCEP\_\_ Particular\_\_ Por empresa\_\_ Por empresa y estudiante |  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS PARA FACTURACIÓN (si corresponde)** |
| Razón Social: |  |  |
| RUT: |  | Giro: |
| Dirección: |
| Comuna: |
| Fono: |  | Fax: |
| Ejecutivo que autoriza la inscripción: |
| Fono: |  | E-mail: |
| Ejecutivo encargado de pagos: |
| Fono: |  | E-mail: |
| **¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRO PROGRAMA?** |
| \_\_ Buscando en Google\_\_ Página web de la Universidad (www.uchile.cl)\_\_ Página web de la Facultad (www.quimica.uchile.cl)\_\_ Página web de la Escuela de Postgrado (www.postgradoquimica.cl)\_\_ Por un correo electrónico\_\_ En la Feria de Postgrado\_\_ Por recomendación de un conocido |
| **¿POR QUÉ DECIDIÓ POSTULAR A ESTE PROGRAMA EN NUESTRA FACULTAD?** |
| \_\_ Calidad académica\_\_ Cuerpo docente\_\_ Prestigio del programa\_\_ Prestigio de la Universidad\_\_ Precio del programa\_\_ Temáticas tratadas en el programa\_\_ Otros (especificar): |

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA POSTULACIÓN:**

- Fotocopia Licenciatura, certificado de título y/o titulo

- Insertar al formulario una fotografía tipo carnet (solo rostro)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FIRMA DEL POSTULANTE

Fecha de Postulación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_