



SOLICITUD DE BECA

Nombres _____ Apellidos _____
Edad _____ Sexo _____ Nacionalidad _____
Dirección _____
Ciudad _____
País _____ Tel.: _____ Fax: _____ Cédula No. _____
Pasaporte No. _____ Visa de estudiante: _____
Nombre de su Pastor _____ Iglesia _____
Dirección _____ Tel.: _____

PLAN DE ESTUDIO INTERNO TIEMPO COMPLETO

(Sí ha tenido algún problema háganoslo saber)

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Unido ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo ___
Nombre de su cónyuge _____ ¿Estudiarán ambos? Si ___ No ___
¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Vivirán ellos en el campus? Si ___ No ___
Edades _____

NIVEL EDUCATIVO

Primaria ___ Básico ___ Diversificado ___ Universitario ___ Grado _____
Profesión _____ Estudios adicionales _____
Idiomas que domina _____

HABILIDADES LABORALES

Habilidades o aptitud laboral _____

Especialidad o preferencia laboral _____

En qué áreas del campus le gustaría desarrollar habilidades de trabajo (marque una X)

Cocina ___ Limpieza ___ Construcción ___ Jardinería ___ Lavandería ___

Tienda ___

Biblioteca I.B. ___ Secretaría I.B. ___ Recepción I.B. ___ Recepción ___ Laboratorio I.B. _____

Tienda I.B. ___ Secretaría Iglesia ___ Finanzas ___ Finanzas I.B. ___ Finanzas Iglesia ___

Depto. TV ___ Publicidad I.B. ___ Iglesia otro depto. _____ ¿Cuál? _____

¿Tiene licencia de conducir? Si ___ No ___ Que Vehículo _____
vigente hasta _____

Como se califica usted en estas áreas:

	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Malo
Liderazgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabilidad Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inter.-Relaciones Personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madurez Espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buenas Relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumisión a la Autoridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación con sus Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de entrega _____ Firma del Solicitante
