



GOBIERNO DE CHILE  
AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DE CHILE  
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

**HOJA DE REGISTRO AGCI**  
Oportunidades de Perfeccionamiento en el Exterior  
BECAS LARGA DURACIÓN

<b>País al que postula:</b>		Fotografía
Curso al que postula*		
Fecha de realización:		
Número de difusión:		
Plazo de postulación:		
Modalidad:	Presencial <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	

\* Programa de Estudios (ej: magíster, doctorado, pre-grado) y Área Temática.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
RUT	Fecha nacimiento	Edad	Sexo
Nacionalidad		Estado Civil	
Domicilio		Comuna / Ciudad	Región
Teléfono	Celular	E-mail	

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

Grado académico	
Título Universitario	
Universidad	
Fecha de egreso	
Nota de egreso (obligatorio en caso de Becas de Larga Duración)	

**NIVEL DE INGLÉS** (a llenar solo en caso que corresponda)

Examen de acreditación que certifica manejo de inglés (ej: ETAPP, CORFO, TOEFL, IELTS, TOEIC, etc.)	
Nota examen	
Fecha examen	

### OTROS ESTUDIOS (post-gradados, magíster, doctorado)

Grado Académico	
Universidad	
Fecha de egreso	

NOTA: en caso de tener más de uno, agregar a continuación o en hoja aparte.

### OTROS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN

Nombre curso	
País	
Fecha de realización	

NOTA: en caso de tener más de uno, agregar a continuación o en hoja aparte.

### BECAS RECIBIDAS PREVIAMENTE

Institución que otorgó la beca	
País en el que realizó los estudios	
Tipo de estudio (post-grado, cursos, etc.)	
Fecha de realización	

NOTA: en caso de tener más de una, agregar a continuación o en hoja aparte.

### OTRAS POSTULACIONES

¿Se encuentra postulando en este momento a otra(s) beca(s)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

En caso de obtener más de una beca, indicar cuál sería su prioridad:

\_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES LABORALES

Profesión	Cargo	Institución
Dirección	Ciudad	Región
Teléfono	Fax	E-mail

### PATROCINIO INSTITUCIONAL ( a llenar solamente en caso que corresponda)

Persona que firma el patrocinio	Cargo	Institución
Domicilio	Ciudad	Región
Teléfono	E-mail	

Firma del postulante

Fecha

