SOLICITUD DE BECA

**XX CURSO IBEROAMERICANO DE TECNOLOGÍA, OPERACIONES Y GESTIÓN AMBIENTAL EN PUERTOS**

**Santander, España, del 14 de diciembre, 2023 al 22 de marzo, 2024**

**ENVIAR ANTES DEL 31 DE OCTUBRE DE 2023 A:**

Comisión Interamericana de Puertos (CIP)

Organización de los Estados Americanos (OEA)

1889 F. Street, N.W., Oficina 695, Washington, D.C. 20006, Estados Unidos

Tel.: (202) 370-5465

**E-mail: [mambriz@oas.org](mailto:mambriz@oas.org) Ccp.** [**cip@oas.org**](mailto:cip@oas.org)

|  |
| --- |
| **Fecha de envío de la solicitud por correo** |

ESPECIALIDAD ELEGIDA DEL CURSO (es obligatorio elegir una)

|  |  |
| --- | --- |
| **Operaciones Portuarias** | **Gestión Ambiental  Ingeniería Portuaria** |

*DATOS PERSONALES*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido**(s) | | | | | **Nombre** |
| **Nº PASAPORTE**  **Validez** | | | **Fecha de nacimiento** | | **Lugar de nacimiento** |
| **Dirección actua~~l~~** | | | | | **País de residencia y clase de visa**  **(Si no es de origen)**    **Estudiante**  **Residente permanente**  **Otro** |
| **Ciudad Estado País** | | | | |
| **Zona Postal** | **Teléfono** | **Fax** | | **E-mail** | **Sexo** **Estado** **Hombre**  **.** **Mujer** |
| ***Si su dirección es temporal indicar por cuánto tiempo y enviar la nueva tan pronto como sea posible. Indicar código país en teléfono y fax***.  *OBLIGATORIO RELLENAR LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | |

*EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:*

|  |
| --- |
| **Nombre, dirección y teléfono** |

*BECAS RECIBIDAS*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Propósito** | **Lugar** | **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |

*EDUCACIÓN* (Enseñanza secundaria incluyendo escuelas comerciales técnicas y vocacionales)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Ciudad** | **País** | **Fechas** | |
| **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **¿Completó la enseñanza secundaria? Si No En caso negativo, (cuál fue el último año aprobado)** | | | | |

*ENSEÑANZA UNIVERSITARIA*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Ciudad** | **País** | **Fechas** | | **Título Recibido** |
| **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*CURSOS ESPECIALIZADOS*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución** | **Ciudad** | **País** | **Fechas** | | **Título Recibido** |
| **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*PUBLICACIONES*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Título de la tesis o disertación** | 1. **Trabajos dentro de la especialización, publicados o inéditos** |

*CARGOS PROFESIONALES O TÉCNICOS DESEMPEÑADOS*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo o puesto actual** | **Empleador** | **Ciudad y País** | **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de sus funciones actuales**    **Cargo de tiempo completo Sí**  **No** | | | | |
| **Cargo o puesto anterior** | **Empleador** | **Ciudad y País** | **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de sus funciones anteriores**    **Cargo de tiempo completo Sí  No** | | | | |
| **Cargo o puesto anterior** | **Empleador** | **Ciudad y País** | **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de sus funciones anteriores**    **Cargo de tiempo completo Sí  No** | | | | |

*LA INSTITUCIÓN QUE PRESENTA O AUSPICIA AL CANDIDATO*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | | | |
| **Calle y número** | | **Teléfono** | | **Fax** |
| **Ciudad y código postal** | **País** | | **Dirección e-mail** | |
| **Clase de Institución**  **Estatal  Privada  Internacional**  **Otra**  **(Especificar)** | | | | |
| **¿Esta institución es miembro de la American Association of Port Authorities (AAPA)?**  **Si  No** | | | | |

## INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON EL CANDIDATO

|  |
| --- |
| **Si trabaja en la institución**  **¿Conservará el puesto? Si  No  ¿Mantendrá el sueldo? Si  No  ¿Recibirá ayuda financiera adicional? Si  No** |

## REPRESENTANTE AUTORIZADO EN NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos** | **Nombre** | **Cargo** | |
| Firma | Sello | | **Fecha** |

En los apartados de “referencias”, el candidato indicará personas de otras entidades distintas de aquella en la que desempeña su puesto actualmente:

*REFERENCIA 1*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | | | |
| **Calle y número** | | **Teléfono** | | **Fax** |
| **Ciudad y código postal** | **País** | | **Dirección e-mail** | |
| **Clase de Institución**  **Estatal  Privada  Internacional  Otra  (Especificar)** | | | | |

*REFERENCIA 2*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | | | |
| **Calle y número** | | **Teléfono** | | **Fax** |
| **Ciudad y código postal** | **País** | | **Dirección e-mail** | |
| **Clase de Institución**  **Estatal  Privada  Internacional  Otra  (Especificar)** | | | | |

*REFERENCIA 3*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | | | |
| **Calle y número** | | **Teléfono** | | **Fax** |
| **Ciudad y código postal** | **País** | | **Dirección e-mail** | |
| **Clase de Institución**  **Estatal  Privada  Internacional  Otra  (Especificar)** | | | | |

**Firma del solicitante y fecha**

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN

|  |
| --- |
| **Formulario de solicitud.**  **Acreditar estudios y titulación superior.**  **Acreditar la pertenencia a Administraciones Portuarias, Puertos u Organizaciones similares de sus países, y la ocupación de un puesto de trabajo relacionado con la materia correspondiente a la beca solicitada.**  **Acreditar la experiencia profesional en el sector portuario que se requiere en cada caso, de acuerdo las indicaciones establecidas en la Convocatoria del Curso.**  **Ser ciudadano o residente permanente de un Estado Miembro de la OEA. Fotocopia del pasaporte.**  **Buen conocimiento del idioma español, comprobado con certificado de no ser lengua materna.**  **Certificado de salud.**  **Certificado de vacunación COVID al menos dos dosis de Pfizer, Astra Zeneca, J&J o Moderna.**  **Carta de compromiso de la entidad a la que pertenece con los puntos a, b y c de la convocatoria.** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** | Firma | Lugar y Fecha |

*Los datos personales recogidos en el presente formulario serán utilizados por la CIP/OEA y Puertos del Estado y las entidades que colaboran en el programa a los fines de esta convocatoria de becas y de acuerdo con la legislación vigente sobre la protección de datos.*