



COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA

Departamento Académico y de Incorporaciones
Comisión de Becas



Formulario de Solicitud de Beca

1.a. INFORMACIÓN SOBRE LOS ESTUDIOS DE POSGRADO AL CUAL DESEA APLICAR			
Grado y título a obtener :			
Universidad:	Lugar		Costo total del programa
Duración de los estudios:	<input type="checkbox"/> N° semestres	<input type="checkbox"/> N° cuatrimestres	Inicia en el mes y año
			Finaliza en el mes y año
Justifique el interés por matricularse en esta carrera:			

2. DATOS PERSONALES				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Cédula Identidad	Carné
Estado Civil	Fecha de Nacimiento		Nacionalidad	
Teléfono Trab:	Teléfono Hab:	Celular:	Correo electrónico:	
Dirección de la habitación:		Provincia	Cantón	Distrito
Otras señas:				

3. ESTUDIOS REALIZADOS (APORTAR TITULOS)												
Enseñanza Superior	Año			Nombre del centro de enseñanza			Título obtenido o último año aprobado					
Licenciatura												
Maestría												
Espec. Profesional												
Doctorado												
Idiomas además del español	Lectura			Escritura			Conversación			Traducción		
	Exc	Bueno	Regular	Exc	Bueno	Regular	Exc	Bueno	Regular	Exc	Bueno	Regular
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.a. DATOS LABORALES		
Nombre de la oficina o Bufette	Años de ejercer la profesión	
Dirección lugar de trabajo	Provincia	Cantón
Distrito		
Otras señas:		
Actividades que realiza en su oficina	Teléfono	Fax

5. BECAS RECIBIDAS PREVIAMENTE		
Institución	Lugar	Duración
Propósito		
Institución	Lugar	Duración
Propósito		

6. DATOS DEL FIADOR			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Cédula de identidad	Estado Civil
Dirección exacta de habitación:	Provincia	Cantón	Distrito
Otras señas:		Teléfono	Fax
Institución donde labora:	Cargo	Salario que recibe	
Dirección lugar de Trabajo:	Provincia	Cantón	Distrito
Otras señas:			
Teléfono	Fax	Correo electrónico	Años laborados en la inst.

FIRMA

Certifico que la información proporcionada es correcta		
_____	_____	_____
Nombre	Firma	Lugar y Fecha