



# Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

Dirección Académica y de Incorporaciones • Comisión de Becas

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA

Complete todos los espacios. Puede digitarlo en este archivo o llenarlo a mano con letra de molde.

### 1. INFORMACIÓN SOBRE LOS ESTUDIOS DE POSGRADO A LOS QUE DESEA APLICAR

|                                            |                    |                          |                                                        |
|--------------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| Grado y título a obtener                   |                    |                          | FOTOGRAFÍA<br>tamaño pasaporte<br>(tres por cuatro cm) |
| Universidad                                | Lugar / País       | Costo total del programa |                                                        |
| Duración (N° de semestres o cuatrimestres) | Inicia (mes y año) | Finaliza (mes y año)     |                                                        |
|                                            |                    |                          |                                                        |

### 2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA SOLICITANTE

|                                              |                        |                  |                     |              |  |
|----------------------------------------------|------------------------|------------------|---------------------|--------------|--|
| Primer apellido                              |                        | Segundo apellido |                     | Nombre       |  |
| Cédula de identidad                          | Carné                  | Estado civil     | Fecha de nacimiento | Nacionalidad |  |
| Teléfono de trabajo                          | Teléfono de habitación | Celular          | Correo electrónico  |              |  |
| Provincia                                    | Cantón                 |                  | Distrito            |              |  |
| Dirección exacta de habitación y otras señas |                        |                  |                     |              |  |

### 3. ESTUDIOS REALIZADOS (debe aportar los títulos)

| Nivel                    | Año | Nombre del centro de enseñanza | Título obtenido o último año aprobado |
|--------------------------|-----|--------------------------------|---------------------------------------|
| Licenciatura             |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |
| Maestría                 |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |
| Especialidad profesional |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |
| Doctorado                |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |
|                          |     |                                |                                       |



## Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

Dirección Académica y de Incorporaciones • Comisión de Becas

### 4. IDIOMAS ADEMÁS DEL ESPAÑOL

| Idioma      | Lectura                                                                                   | Escritura                                                                                 | Conversación                                                                              | Traducción                                                                                |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inglés      | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. |
| Alemán      | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. |
| Francés     | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. |
| Italiano    | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. |
| Portugués   | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. |
| Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. | <input type="checkbox"/> Exc. <input type="checkbox"/> Bue. <input type="checkbox"/> Reg. |

### 5. DATOS LABORALES DE LA PERSONA SOLICITANTE

|                                                     |                            |                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Nombre de la oficina, bufete, empresa o institución |                            |                                |
| Años de ejercer la profesión (total)                | Tiempo en el puesto actual | Puesto o cargo actual          |
| Provincia                                           | Cantón                     | Distrito                       |
| Dirección exacta de trabajo y otras señas           |                            |                                |
| Teléfono                                            | Fax                        | Correo electrónico del trabajo |

### 6. BECAS RECIBIDAS PREVIAMENTE

|             |       |          |
|-------------|-------|----------|
| Institución | Lugar | Duración |
| Propósito   |       |          |
| Institución | Lugar | Duración |
| Propósito   |       |          |



## Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica

Dirección Académica y de Incorporaciones • Comisión de Becas

### 7. DATOS DE LA PERSONA FIADORA

|                                              |              |                     |  |                                  |  |
|----------------------------------------------|--------------|---------------------|--|----------------------------------|--|
| Primer apellido                              |              | Segundo apellido    |  | Nombre                           |  |
| Fecha de nacimiento                          | Nacionalidad | Cédula de identidad |  | Estado civil                     |  |
| Provincia                                    |              | Cantón              |  | Distrito                         |  |
| Dirección exacta de habitación y otras señas |              | Teléfono            |  | Fax                              |  |
| Institución donde labora                     |              | Cargo o puesto      |  | Salario que recibe               |  |
| Provincia                                    |              | Cantón              |  | Distrito                         |  |
| Dirección exacta de trabajo y otras señas    |              |                     |  |                                  |  |
| Teléfono                                     | Fax          | Correo electrónico  |  | Años laborados en la institución |  |

### 8. DECLARACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información proporcionada en este formulario es fiel y exacta.

Nombre completo

Firma

Lugar y fecha

### 9. OBSERVACIONES