

**BECA “CARLOS QUIJANO”**

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA 2020**

**DECLARACIÓN JURADA**

 Foto carné Timbre Profesional

 **OBLIGATORIA OBLIGATORIO**

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

Afro descendiente Si No

Este llamado cumple con lo establecido en el inciso segundo del artículo 6 de la Ley Nº 19.122 Ley de acciones afirmativas para Afro descendientes y con el artículo 17 de la Ley Nº19.684 Ley Integral para personas Trans.

 Apellido(s) Nombre(s)

 Cédula de Identidad Nacionalidad

 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Masc. Fem. Trans

 Fecha de nacimiento Sexo

 Profesión

Domicilio

 Celular – Teléfono fijo Correo electrónico

**OCUPACIÓN ACTUAL**

**Ingreso liquido aproximado por toda actividad que realice:** $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OTRAS BECAS**

(Aclaración: es imprescindible para la evaluación del otorgamiento de la beca disponer de toda esta información, de lo contrario, no se tendrá en cuenta dicha solicitud)

Si anteriormente le fue concedida una beca, señale la institución que se la otorgó:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Anteriormente solicito la beca Carlos Quijano para cursar este posgrado? En qué año:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actualmente recibe alguna beca para cursar el posgrado al que se está postulando, que institución la otorga:

**FINALIDAD DE LA BECA**

(Aclaración: es imprescindible para la evaluación del otorgamiento de la beca disponer de toda esta información, de lo contrario, no se tendrá en cuenta dicha solicitud)

**Centro académico donde se realizará el posgrado:**

País: Ciudad:

**Nombre del posgrado:**

 Doctorado Maestría Diploma Especialización

Duración: Evaluación anual: Semestral: Otras:

**Fecha de inicio del posgrado** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (**mes, año)**

**Fecha de finalización de cursos** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (**mes, año)**

**Fecha de entrega de Tesis** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (**mes, año)**

**Indique la disciplina:** Ciencias exactas

 Sociales y humanas

 Artes

 Ciencias de la Educación

 Gestión cultural

 Gobernabilidad

**Campo de estudios, temas de especialización:**

**Monto solicitado: $**

**El monto solicitado es:**  para cursar un año

 para la totalidad del posgrado

 para finalizar

**Con opción a renovación sujeto a nueva postulación y aprobación por el CA.**

**Justificación del monto solicitado (gastos de alimentación, manutención, materiales de estudio, matrícula, cursos de apoyatura para un posgrado, seguro médico, pasajes aéreos o terrestres):**

**Aclaraciones que crea pertinente realizar**:

 Firma

 Aclaración

**Nota: El postulante declara en el formulario, los conceptos establecidos según corresponda y será responsable de la veracidad de los datos aportados; la inexactitud de la información será causal de eliminación del proceso. La información aportada por el postulante tendrá carácter de Declaración Jurada y los alcances del Art. 239 del Código Penal.**

**Declaro estar al día con los aportes al Fondo de Solidaridad. (si corresponde)**

 Los cambios deben ser notificados a la Oficina de Becas Sarandí 423/104 Tel. 2915 8536 o 2914 8894

(Para ser completado unicamente para los que se declaran Afrodescendientes)

Montevideo…………………………………………

Quien suscribe: .......................................................................... C.I……………………………...

Domiciliado en: .................................................................................................................

a efectos de quedar comprendido dentro de los beneficios de la Ley 19.122

(Participación de Afro descendientes), declaro pertenencia a…………………………………….

…………….…………………………………………………………………………….. (etnia/raza); de acuerdo a

lo establecido en el Decreto 144/014**.**

Firma

**En caso de constatarse falsedad en lo declarado, será pasible de la responsabilidad penal pertinente, de acuerdo a lo establecido en el Art. 239 del Código Penal. Art. 239 del Código Penal: “El que, con motivo del otorgamiento o formalización de documento público, ante funcionario público, prestare declaración falsa sobre identidad o estado, o cualquier otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión.”**