



# Colegio de Médicos Veterinarios de Puerto Rico

## SOLICITUD BECA PARA ESTUDIANTES 4 TO. AÑO MEDICINA VETERINARIA

Favor de escribir en letra de molde, usar tinta negra. Completar en su totalidad.

### SECCION A: INFORMACION PERSONAL

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: Número \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Núm. Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Núm. Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección E-mail: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (si es diferente al anterior): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección Postal: Número \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Núm. Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Deseo recibir mi correspondencia en la dirección: \_\_\_\_\_ Residencial \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Pueblo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_

Número de Pasaporte: \_\_\_\_\_

Número de Estudiante: \_\_\_\_\_

Residente de Puerto Rico: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Si su contestación fue afirmativa, someter verificación de Planillas de Contribución u otros documentos.

Ha sido convicto por felonía o uso de drogas ilícitas: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Fecha: \_\_\_\_\_

De contestar afirmativamente, explicar en hoja por separado.

SECCION B: EDUCACION

	INSTITUCIÓN / DIRECCIÓN	PERIODO DE ESTUDIO*	GRADO OBTENIDO	ESPECIALIDAD ("MAJOR")
BACHILLERATO				
MAESTRIA				
	INSTITUCIÓN / DIRECCIÓN	PERIODO DE ESTUDIO*	GRADO OBTENIDO	ESPECIALIDAD ("MAJOR")
CERTIFICADOS / ADIESTRAMIENTOS				
POST GRADUADOS				

\*Provea período (fechas) de estudio o adiestramientos de los programas.

1. Título de Tesis: \_\_\_\_\_

---

SECCION C: EXPERIENCIA

1. Puestos ocupados a nivel (educación, científico, etc.). Incluya información referente a experiencias en universidades, laboratorios, etc. Debe proveer un resume por separado con esta información.

NOMBRE DE INSTITUCION	DIRECCION	TITULO O POSICIÓN	FECHAS

2. Identifique las sociedades escolares o científicas relevantes a las que pertenece o ha sido miembro.

---

- 
- 
1. Honores académicos recibidos, si alguno: \_\_\_\_\_
- 
- 
2. Publicaciones (Incluir listado): \_\_\_\_\_
- 
- 
5. Certificaciones:
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**SECCION D: RECOMENDACIONES PROFESIONALES**

Es responsabilidad del solicitante obtener tres (3) cartas de recomendación. (Favor de ofrecer su listado de recomendaciones en el espacio provisto). Las recomendaciones deben estar relacionadas a nivel profesional o educacional, (ej. anterior o actual supervisor, profesor o asociado profesionalmente, etc.)

NOMBRE	POSICION	DIRECCIÓN	TELEFONOS

**SECCION E:**

**INFORMACION ADICIONAL:**

Forma en que supo usted de nuestro programa de Becas para Estudiantes de 4to año de Medicina Veterinaria.

- \_\_\_\_\_ Publicación de anuncio: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Reunión científica.
- \_\_\_\_\_ Universitario \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Internet, nombre del "site": \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**SECCION F: RAZON POR LA CUAL USTED SOLICITA ESTA BECA.**

(Debe explicar en una hoja por separado.)

---

Con esta firma declaro y certifico que toda la información provista en esta solicitud es correcta y verificable. De proveer información fraudulenta, esta solicitud quedará anulada.

---

FIRMA

---

FECHA

---

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

ENVIO DE SOLICITUD:

Enviar esta solicitud completada en todas sus partes (no se aceptará facsímil) a:

Comisión de Finanzas  
Colegio de Médicos Veterinarios de Puerto Rico  
352 Ave. San Claudio / Suite 248  
San Juan, PR 00926-4107

Teléfonos: (787) 283-0565 ó (787) 283-2840  
Fax: (787) 761-3440