



FORMULARIO PROCESO DE ADMISIÓN Y SELECCIÓN A PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

Este formulario debe ser completado por los postulantes en los procesos de admisión y selección a programas de especialización en ciencias de la salud convocados por la USFQ. A este documento el postulante deberá adjuntar toda la documentación de respaldo de la información declarada y solicitada de acuerdo a la normativa interna que regula este proceso. La USFQ, se reserva el derecho de solicitar información o documentos adicionales a los postulantes, durante el proceso. Este formulario y la documentación adjunta, deberán ser enviados dentro de las fechas previstas.

Nombres y apellidos completos: _____

C.I./Pasaporte: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono/Celular: _____

¿Se encuentra en pleno ejercicio de sus derechos previstos en la constitución y las leyes? SI NO

¿Se encuentra en estado de interdicción civil o insolvencia declarada judicialmente? SI NO

Especialidad a la que postula: _____

Cohorte al que postula: _____

Entiendo y acepto que para que mi postulación sea considerada, la USFQ debe realizar una serie de procesos, por lo que doy mi consentimiento expreso para que la Universidad San Francisco de Quito USFQ efectúe el tratamiento de mis datos personales, al amparo de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, con el fin de que la Universidad pueda realizar cualquier procedimiento interno relativo a mi postulación al concurso antes declarado por mí, incluyendo pero no limitado a la evaluación de mi postulación, cumplimiento normativo, procesos de admisión, entre otros.

Manifiesto que los datos declarados por mi persona en este documento, así como cualquier documento entregado que me haya sido requerido, son ciertos y cualquier omisión en los mismos es de mi entera responsabilidad.

Declaro conocer que al enviar este formulario desde mi correo electrónico personal, declaro que este mensaje de datos tiene igual valor jurídico que los documentos escritos.

Suscribo este documento, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: