|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOTA: | Este formulario debe ser completado y firmado por todas las partes involucradas y enviado a la oficina de la OACI correspondiente, acompañado de un requerimiento oficial del Gobierno y por lo menos tres meses antes de la fecha de inicio del programa de instrucción solicitado. | | | | | |
| **PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO**  El Gobierno de Ingrese nombre del Gobierno por este medio:   1. Presenta la candidatura del/de la Sr./Sra./Srta.: Ingrese el nombre completo, tal como aparece en el pasaporte para recibir una beca de la OACI en la esfera de Ingrese el área (identifique el campo de formación principal de acuerdo con la Guía OACI de centros de formación profesional). 2. Solicita la beca para el programa de instrucción siguiente:   (Enumérese por orden cronológico las distintas fases de instrucción o de estudio previstas especificando si el nivel es *ab initio*, avanzado, de repaso, de especialización adicional, gira de familiarización, instrucción en el empleo, etc.) | | | | | | |
| País(es)  donde se  ofrece el curso | | Institución(es) docente(s) (empresas/organismos) | Cursos Específicos | Periodo | | Duración (semanas) |
| del | al |
|  | |  |  |  |  |  |
| Duración total | | | | | |  |
| 1. Solicita que la beca sea financiada en virtud del programa de asistencia técnica siguiente:   Proyecto No.: Ingrese el No. de Proyecto  Puesto No.: Ingrese el No. de Puesto | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Declara que los objetivos de esta beca son los siguientes:   Enumerar los objetivos de esta beca | |
| 1. Conviene en que se hará cargo de los gastos de trasporte de ida y vuelta del candidato al país o a los países donde se ofrezcan los cursos.   Solicita que los gastos de trasporte de ida y vuelta del candidato al país o a los países donde se ofrezcan los cursos sean proporcionados por el Proyecto. | |
| 1. Certifica que: 2. El candidato está obligado a regresar a su país al completar el programa de su beca, para ser asignado a desempeñar funciones en la aviación civil por un período mínimo de Seleccione el período de tiempo años. 3. La ausencia del candidato con motivo de la beca no influirá en forma desfavorable en la jerarquía, derechos, sueldo o antigüedad correspondiente a su empleo. 4. Se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y el candidato está capacitado para seguir el programa de Instrucción propuesto. 5. El candidato tendrá un pasaporte válido que no expire antes de la fecha de término de la beca. | |
| Fecha: Ingresar fecha | Firma de la autoridad de aviación civil  Nombre:  Título: |
| OBSERVACIONES DEL DIRECTOR DEL PROYECTO O JEFE DE LA MISIÓN OACI  Certifico que se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y que el candidato está capacitado para seguir el programa de Instrucción propuesto.  Fecha: Ingresar fecha Firma | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTE II – ANTECEDENTES DEL CANDIDATO** | | | | | | | | | |
| 1. Nombre: | | | | 1. Género:  Masculino  Femenino | | | | | |
| 1. Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año) | | | | | | | | | |
| 1. Domicilio/ciudad de residencia: | | | | | | | | | |
| 1. Correo electrónico: | | | | | | | | | |
| 1. Nacionalidad: | | | | | | | | | |
| 1. Idiomas que conoce: 2. Idioma materno: Ingresar idioma materno 3. Idioma(s) utilizado(s) en sus estudios primarios y secundarios: Ingrese los idiomas utilizados 4. Otro(s) idioma(s) del cual(de los cuales) el candidato tiene conocimiento práctico: Ingrese otro idioma 5. Idioma(s) que se utilizará(n) durante el programa propuesto para la beca: Ingrese el lenguaje que se utilizará | | | | | | | | | |
| 1. Estudios primarios y secundarios: | | | | | | | | | |
| Nombre/Ciudad/País de la(s) institución(es) | | | | | Periodo | | | Curso terminado y certificado obtenido | |
| del | al | |
|  | | | | |  |  | |  | |
| 1. Instrucción superior y universitaria:   (Si ha terminado Ud. ciertos estudios con un diploma o título indique en la columna de “asignaturas cursadas” únicamente las principales. En caso contrario, indíquense todas las asignaturas estudiadas) | | | | | | | | | |
| Nombre de la escuela superior | | Asignaturas cursadas | | | Periodo | | | Título/Diploma obtenido | |
| del | al | |
|  | |  | | |  |  | |  | |
| 1. Instrucción técnica y de especialista:   (Procédase al igual que con el apartado 9. Enumere y precise toda instrucción anterior que haya recibido mediante becas de estudios o de ampliación de estudios de la OACI) | | | | | | | | | |
| Nombre y lugar de la institución docente | Asignatura(s) cursadas | | Periodo | | | | Duración (semanas) | | Diploma/Certificado obtenido |
| del | | al | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Empleos   (indíquese los cargos ejercidos en últimos cinco años y/o los dos últimos cargos ejercidos) | | | | |
| Empleador (nombre de la empresa u organismo) | Último cargo ejercido | Periodo | | Funciones |
| del | al |
|  |  |  |  |  |
| 1. Declaración del candidato: 2. No consideraré que la beca de la OACI me ha sido otorgada ni emprenderé ningún viaje hasta que reciba notificación e instrucciones por escrito de la OACI al respecto. 3. En el caso de que se me otorgue la beca, por la presente me comprometo a:    1. Comportarme en todo momento en forma compatible con mi condición de becario de la OACI;    2. Dedicarme todo el tiempo, durante el período de la beca a cumplir el programa de estudios en la forma que ordenen la OACI y el organismo correspondiente en el país de los estudios;    3. Abstenerme de realizar actividades políticas, comerciales o de otra índole, perjudiciales para el país en el que estudie;    4. Presentar los informes que me pida la OACI y cumplir todas las instrucciones que reciba de dicha Organización; y    5. Regresar a mi país al término de los estudios previstos en la beca y emplear los nuevos conocimientos adquiridos en el fomento de la aviación civil en mi país.   Certifico que a mi leal saber y entender toda la formación proporcionada es verdadera en todos los sentidos.  Fecha: Ingresar fecha Firma del candidato | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS** | | |
| NOTE: | Se exige este examen solamente si el idioma que se empleará durante el programa propuesto para la beca es distinto del idioma materno del candidato o del que utilizó en las escuelas primaria y secundaria, en que adquirió su instrucción básica (véase PARTE II – Incisos 7, 8 y 9). El examen debería efectuarse en una escuela de idiomas, en una universidad o en la institución que designe la OACI para satisfacer los requisitos del país Invitante. A este respecto debería consultarse la oficina del Representante residente del PNUD o de la misión de asistencia técnica de la OACI. | |
| Nombre de la Institución encargada de realizar el examen: | |  |
| Nombre del candidato: Sr./Sra./Srta.: | |  |
| Idioma del cual deberá pasar el examen: | |  |

|  |
| --- |
| 1. Comprensión (marque, según lo apropiado): 2. Lo comprende sin dificultad cuando se le habla con rapidez normal 3. Lo comprende casi todo a rapidez normal, aunque a veces es necesario repetírselo 4. Lo comprende casi todo si se le habla lentamente y con buena dicción 5. Es necesario repetirle o traducirle palabras y frases 6. No comprende siquiera la conversación más elemental |
| 1. Expresión (marque, según lo apropiado): 2. Lo habla perfectamente, con precisión y se le entiende fácilmente 3. A veces comete errores que no dificultan, sin embargo, la comprensión 4. Se equivoca con frecuencia y a veces se expresa confusamente 5. Habla con tanta dificultad que es difícil entenderle 6. e) Comete errores tan importantes al hablar que es prácticamente imposible entenderle |
| 1. Lectura (marque, según lo apropiado): 2. Lee y entiende perfectamente 3. Lee lentamente, pero lo entiende casi todo 4. Lee con dificultad y tiene que consultar a menudo el diccionario 5. d) No entiende lo que lee |
| 1. Escritura (marque, según lo apropiado): 2. Escribe fácilmente y con precisión 3. Escribe con algunas faltas, pero se le puede entender 4. Escribe con dificultad y se equivoca con frecuencia 5. No sabe escribirlo |
| **CONCLUSIONES**  ¿Podría el candidato seguir un curso técnico en dicho idioma?  Sí  No  Fecha: Ingresar fecha Firma del examinador: |
| Nombre (a máquina o letra imprenta): |
| COLÓQUESE EL SELLO O TIMBRE OFICIAL |

|  |  |
| --- | --- |
| PARTE IV – INFORME MÉDICO | |
| NOTAS:   1. Es esencial que el candidato se encuentre sano y libre de cualquier enfermedad que pueda requerir mayores exámenes y/o tratamientos durante el período de la beca. El becario y/o su Gobierno serán responsables por el pago de cualquier gasto médico incurrido por el becario debido a enfermedad existente previo a la fecha de inicio de la beca. 2. Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, con inclusión de análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse los documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.), a no ser que se pidan. 3. Los tripulantes y los controladores de tránsito aéreo que vayan a seguir cursos para conseguir o renovar alguna licencia deben proporcionar copia de su certificado médico, en reemplazo de este informe médico. | |
| El que suscribe, Dr. Ingresar nombre de médico después de haber completado el examen clínico del/de la: Sr./Sra./Srta Ingresar nombre candidato cuya fotografía aparece en esta página, certifica lo siguiente: | |
| El candidato:   1. ¿Está en condiciones físicas de viajar al extranjero? 2. ¿Está, física y mentalmente, en condiciones de realizar de realizar un estudio intensivo? 3. ¿Está libre de cualquier enfermedad contagiosa? 4. ¿Es bueno su oído? 5. ¿Es buena su vista? 6. ¿Está libre de enfermedades que requerirían tratamientos o reconocimientos médicos periódicos durante la duración propuesta del programa de la beca? | |  |  | | --- | --- | |  |  | | Sí | No | | ☐ |  | | ☐ |  | | ☐ |  | | ☐ |  | | ☐ |  | | ☐ |  | |
| Otras observaciones del médico:  Fecha: Ingresar fecha Firma del médico  COLÓQUESE EL SELLO O TIMBRE OFICIAL  (también sobre la fotografía) | |