|  |
| --- |
| UNIVERSIDAD DE CALDASFACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUDFORMATO POSTULACIÓN CARGO DE DIRECCIÓN DE PROGRAMA |
| NOMBRE DEL POSTULADO |  |
| CÉDULA No. |  |
| CELULAR |  |
| E-MAIL |  |
| PROFESIÓN |  |
| TÍTULO POSGRADO |  |
| DEPARTAMENTO DE ADSCRIPCIÓN |  |
| PROGRAMA AL QUE SE POSTULA |  |
| FECHA DE INGRESO A LA UNIVERSIDAD (CUALQUIER TIPO DE VINCULACIÓN) |  |
| ESTAMENTO QUE APOYA LA POSTULACIÓN (marque x) | ESTUDIANTIL |  | DOCENTE |  | AUTOPOSTULACIÓN |  |
| **ANEXOS AL PRESENTE FORMATO** |
| HOJA DE VIDA EN FORMATO PDF |  |
| ESCALAFÓN DOCENTE (se verifica desde Secretaría de Consejo) |  |
| ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE LA UNIVERSIDAD DE CALDAS (se verifica desde Secretaría de Consejo) |  |
| ANTECEDENTES FISCALES (se verifica desde Secretaría de Consejo) |  |
| ANTECEDENTES PENALES (se verifica desde Secretaría de Consejo) |  |
| ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURÍA (se verifica desde Secretaría de Consejo) |  |
| **FIRMAS** |
| **POSTULADO** |  |
| **REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DEL PROGRAMA** (CUANDO APLIQUE) |  |
| **REPRESENTANTE DOCENTE ANTE EL CONSEJO DE FACULTAD** (CUANDO APLIQUE) |  |

Fecha de presentación:

Firma quien recibe: