UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**DIRECCIÓN DE POSGRADO**

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE IDONEIDAD**

**Especialización en el campo de la Salud**

**INSTRUCCIONES:**

Este formulario debe ser llenado por el postulante previo al proceso de inscripción. La información proporcionada será utilizada para verificar el cumplimiento de los criterios de idoneidad requeridos para la admisión a la especialización. Toda la información debe ser veraz y comprobable.

**1.- DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE**

Apellidos y Nombres:

Cédula de Identidad o Pasaporte:

Correo Electrónico:

Teléfono de Contacto:

Título(s) Académico(s) de Grado:

Institución que otorgó el título:

**2.- VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE IDONEIDAD**

Por favor, marque con una "X" la opción correspondiente y adjunte los documentos de respaldo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **DOCUMENTO DE RESPALDO ADJUNTO** |
| Presenta la solicitud de inscripción dirigida al director de Posgrado  eligiendo la especialización a la cual aplica | ☐ | ☐ |  |
| Presenta hoja de vida con fotografía actualizada en el formato UNACH | ☐ | ☐ |  |
| Presenta copia de cédula de identidad o pasaporte | ☐ | ☐ |  |
| Posee título de tercer nivel en el campo detallado de  la especialización | ☐ | ☐ |  |
| Certificado del registro en la SENESCYT | ☐ | ☐ |  |
| Certificado del dominio de una lengua extranjera  mínimo (nivel A2) otorgada por una IES | ☐ | ☐ |  |
| Certificado de haber aprobado el examen de habilitación profesional del CACES (Aplica el aspirante que haya ingresado al internado a partir del 16 de noviembre del 2014, graduados a la presenta  fecha y extranjeros) | ☐ | ☐ |  |
| Certificación de cumplimiento del año de  salud rural de servicio social | ☐ | ☐ |  |
| Mecanizado del aseguramiento de salud al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) | ☐ | ☐ |  |
| Certificación de seguro de Vida y pólizas de responsabilidad civil | ☐ | ☐ |  |
| Documentación que respalde la acción afirmativa (en caso de  aplicar) | ☐ | ☐ |  |

**3.- DECLARACIÓN DEL POSTULANTE**

Yo, , con cédula/pasaporte No. , aspirante a la especialización en declaro bajo juramento que la información proporcionada en este formulario es verídica y que los documentos adjuntos son auténticos. Acepto que cualquier información falsa o no verificable podrá ser motivo de descalificación del proceso de admisión.

Firma del Postulante: Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.



**4.- PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBCOMISIÒN DE VALIDACIÒN DE DOCUMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÍTEM VERIFICADO** | **CONDICIÓN** | **OBSERVACIONES** |
| Cumplimiento de requisitos de idoneidad | SI ☐ NO☐ |  |
| Documentación completa | SI ☐ NO☐ |  |
| Recomendación: | * Idóneo ☐ No idóneo |  |

Firma del responsable de la verificación: Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

