**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**“BECA DE AUTOCUIDADO JUVENIL: IMPULSANDO EL FUTURO”**

# IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DEL POSTULANTE** |  | | |
| **RUT** |  | | |
| **EDAD** |  | | |
| **¿PRESENTAS ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD?** |  | ¿Cuál? |  |
| **DIRECCIÓN** |  | | |
| **PROMEDIO DE NOTAS ULTIMO AÑO** |  | | |
| **TELÉFONO** |  | | |
| **E-MAIL POSTULANTE** |  | | |
| **COMUNA** |  | | |

# MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **RUT** | **PARENTESCO** | **EDAD** | **ESCOLARIDAD** | **ACTIVIDAD** | **INGRESO PROMEDIO** |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
| **Total de ingresos** | | | | | | $ |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA POSTULANTE |  |

* **NO SE RECEPCIONARÁN FICHAS DE POSTULACIÓN SIN LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA.**
* **LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SERÁ SOLO PRESENCIAL EN LA OFICINA DE INICIATIVAS JUVENILES UBICADA EN ARRIAGADA 391**