



Carrera: _____

Semestre: 20__ - 20__

Información Personal

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1.-Apellido Paterno | 2.-Apellido Materno | 3.-Nombres Completos | 4.-Cédula/Pasaporte |
| DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.-Fecha de Nacimiento | 6.-Provincia de Nacimiento | 7.-Cantón de Nacimiento | 8.-Nacionalidad |
| 9.-Correo electrónico <input type="text"/> | 10.-Auto identificación étnica: | | |
| 11.- Semestre <input type="text"/> | 12.- Jornada de Estudio <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Indígenas | <input type="checkbox"/> Negros |
| 13.- Dirección <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> Blancos | <input type="checkbox"/> Montubios |
| 14.- Teléfonos (casa) <input type="text"/> | 15.- Celular <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Mestizos | <input type="checkbox"/> Mulatos |
| | | <input type="checkbox"/> Afroecuatorianos o afrodescendientes | |

Información Económica y de Discapacidad

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15.-Posee Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si Pase a la pregunta 16 <input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 20 | 16.-Tipo de Discapacidad: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Visual |
| 17.-Posee Carnet del CONADIS: <input type="checkbox"/> Si Pase a la pregunta 18 <input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 20 | |
| 18.- Número del Carnet: <input type="text"/> | 19.- Porcentaje de Discapacidad: <input type="text"/> |
| 20.- ¿Recibió algún tipo de ayuda económica de la Universidad? <input type="checkbox"/> Si Pase a la pregunta 21 <input type="checkbox"/> No Pase a la pregunta 23 | |
| 21.- ¿La ayuda (Beca) que recibió usted, por qué condición se dio? <input type="checkbox"/> Socioeconómica <input type="checkbox"/> Excelencia académica <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Deportiva | |
| 22.- Indique el monto total que recibió: \$ <input type="text"/> | |

Información de Prácticas Pre profesionales del Semestre Anterior: 20__ - 20__

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 23.- ¿Realizó Prácticas Pre profesionales en el semestre anterior? <input type="checkbox"/> Si Pase a la pregunta 24 <input type="checkbox"/> No Fin | |
| 24.- Fecha Inicio: DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> | |
| 25.- Fecha Fin: DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/> | |
| 26.- Número de horas: <input type="text"/> | 27.- Entidad dónde se realizó: <input type="text"/> |
| Nota: Se solicita a los señores estudiantes entregar una copia del certificado de las Prácticas Pre profesionales, en dicho certificado debe constar: fecha de inicio, fecha de fin, número de horas y entidad dónde se realizó (Un certificado por cada entidad que realizó las prácticas.) | |

Firma:

N° Cédula: