

ANEXO A

PARA SER LLENADO POR ASPIRANTES A PLANES DE BECA ISAM (Este ANEXO A, debe ser presentado por ingresante y re-ingresantes)

Lugar y fecha:/...../.....

a) Datos personales:

Apellido y Nombre: DNI:

Teléfono: E-mail:

Lugar de procedencia: Año y Carrera que cursarás:

b) Plan al que postula: Beca Parcial Beca Total

c) Debes adjuntar a este Anexo A:

- Declaración Jurada – Salud del Solicitante (Anexo B)
- Recomendación de la Junta de la Iglesia de donde proviene el alumno (Anexo C)
- Fotocopia del Boletín de Calificaciones del último año cursado (Ingresantes)

d) Conocimientos, experiencia o habilidades:

Completa con el mayor detalle posible, el siguiente cuadro para ayudarnos a orientarte en la formación profesional más acorde a tu experiencia personal:

Experiencia en alguna tarea práctica u oficio	Capacitación realizada o formación en algún taller

COMPROMISO DEL SOLICITANTE:

Declaro haber leído el reglamento del Plan BECA ISAM, estoy de acuerdo y acepto las condiciones del plan y solicito ser admitido.

Firma del solicitante Aclaración DU Teléfono de contacto

COMPROMISO DE LOS PADRES:

Como padre, madre, (tutor o encargado) declaro haber leído el reglamento del Plan BECA ISAM, y manifiesto total conformidad con las condiciones allí especificadas, y doy mi conformidad para que mi hijo participe de este plan.

Firma del padre o madre o tutor Aclaración DU Teléfono de contacto

COMPROMISO DEL RESPONSABLE FINANCIERO:

Como responsable financiero conozco mis obligaciones hacia el alumno solicitante del Plan BECA ISAM, y declaro haber leído el reglamento y manifiesto total conformidad con las condiciones allí especificadas.

Firma responsable financiero Aclaración DU Teléfono de contacto

ANEXO B

DECLARACIÓN JURADA

SALUD DEL SOLICITANTE PARA PLANES DE BECA ISAM

(Este ANEXO B, debe ser presentado por los alumnos ingresantes y re-ingresantes)

Lugar y fecha:,/...../.....

Apellido y Nombre del postulante:

Año y Carrera que cursará:

Obra Social y Nº de Afiliado:

a) ANTROPOMETRÍA DEL ALUMNO:

Edad:	
Estatura:	
Peso:	
Tensión Arterial:	

b) ANTECEDENTES PERSONALES:

(Marque con una X la respuesta correcta)

		NO	SI	¿Cuál? / ¿Qué?
1	¿Tiene Ud. algún problema de salud?			
2	Si tiene algún problema de salud ¿lo limita para realizar algún tipo de tarea, actividad física o manual?			
3	¿Está bajo tratamiento médico?			
4	¿Fue sometido alguna operación?			
5	¿Sufre de algún tipo de alergia?			
6	¿Toma regularmente algún medicamento?			
7	¿Ha tenido atención psicológica?			
8	¿Antecedentes Patológicos?			
9	¿Usa Anteojos?			
10	¿Usa Ortesis?			
11	¿Usa Prótesis?			

c) ¿HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

(Marque con una X la respuesta correcta)

	NO	SI		NO	SI
Epilepsia			Se fatiga fácil (escalera, correr)		
Diabetes			Problemas pulmonares		
Neumonía			Tos convulsa /Tos crónica		
Reumatismo			Escupió sangre		
Hepatitis			Hemorroides		
Mareos			Ha movido el vientre de color negro		
Desmayos			Tiene diarreas frecuentes		
Vio alguna vez doble			Tiene dificultad para orinar		
Distingue bien los colores			Tuvo arenillas o piedras en orina		
Ve manchas delante de los ojos			Tuvo sangre en orina		
Ha tenido sordera			Se le hincharon los párpados		
Zumbido de oídos			Se le hincharon los tobillos		
Resfríos frecuentes			Dolor de estómago		
Hemorragias nasales frecuentes			Ha vomitado sangre		
Sinusitis			Presión arterial alta		
Dolor de garganta frecuente			Ha tenido ictericia		
Anginas			Enfermedades de los riñones		
Sangran sus encías			Se considera nervioso		
Problemas de dentaduras			Se suele sentir decaído		
Usa dentadura postiza			Se irrita con facilidad		
Dolores de espalda o miembros			<u>Mujeres:</u> Dolores durante la menstruación		

Declaro bajo juramento que la información suministrada en este registro es totalmente verídica y que no he actuado con reserva, notificándome que toda omisión o falsedad implicará la interrupción del Taller de Formación Profesional.

Firma del Solicitante:

Aclaración:

DNI:

Lugar y Fecha:

Toda la información recibida se mantendrá guardada confidencialmente en los archivos del instituto.

ANEXO C

FORMULARIO DE RECOMENDACIÓN DE LA JUNTA DE IGLESIA PARA POSTULANTES A PLANES DE BECA ISAM (Este ANEXO C *, debe ser presentado por ingresantes)

Esta información es confidencial y será enviada directamente al Instituto Superior Adventista de Misiones por el Pastor, Anciano o director del grupo al que pertenece el postulante.
Fax al 0810-1220209 o E-mail: superior.isam@educacionadventista.org.ar

I. DATOS DE LA IGLESIA:

Iglesia: Ciudad donde está la iglesia:
Pastor del distrito: Teléfono/celular:

II. DATOS DEL POSTULANTE

Nombre y Apellido: Edad: Año de bautismo:

La Junta de Iglesia certifica que el postulante:

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Cuenta con buenos antecedentes de conducta. | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. Carece de recursos económicos suficientes para afrontar los gastos académicos..... | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Contará con el apoyo económico de la iglesia de la cual proviene. | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Además, califica los “aspectos a evaluar”, que se encuentran a continuación. | | | | |

Aspectos a evaluar	Desconocido	Regular	Bueno	Muy bueno
1. Consagración y espiritualidad				
2. Identificación con las normas y principios de la Iglesia				
3. Interés en servir en la Obra				
4. Participación en:				
Escuela Sabática				
Sociedad de jóvenes				
Predicaciones				
Obra Misionera				
Conquistadores				
5. Capacidad y gusto por el estudio				
6. Iniciativa				
7. Asistencia a la iglesia				

Colocar a continuación datos acerca del compromiso de servicio dentro y fuera de la iglesia:

.....

Otras observaciones:

Recomendación final:

.....

.....
Firma y aclaración del Pastor o Anciano de iglesia
o responsable campaña de Colportaje, Caleb, etc.

(*) Para alumnos que solicitan por segunda vez o más el plan, deberán presentar un informe de la iglesia donde participaron durante el año, o en los meses de verano y/o del responsable de la campaña de Colportaje, Caleb, Capellán, etc.