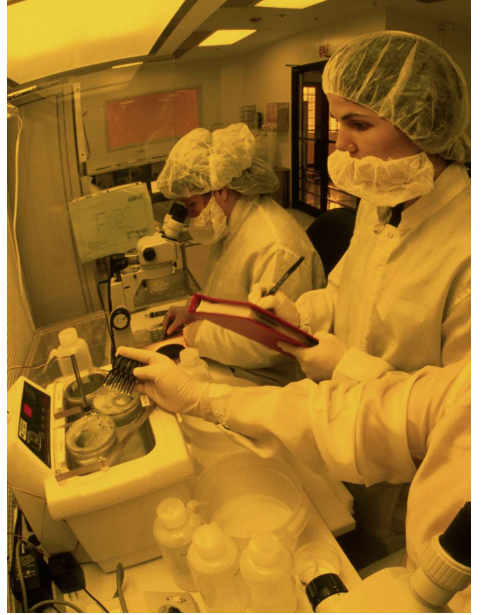


PROGRAMA DE BECAS 2005



El Programa de Becas ofrece oportunidades de realizar estudios en áreas técnicas, científicas e industriales en los grados de doctorados, maestrías y grados asociados en instituciones educativas acreditadas en Puerto Rico o Estados Unidos (si aplica). El propósito primordial es desarrollar profesionales especializados en áreas requeridas por nuestra industria. La Beca cubre los gastos de matrícula, libros y estipendio mensual.

**REQUISITOS GENERALES:**

Los candidatos deben ser ciudadanos de los Estados Unidos residentes en Puerto Rico durante los últimos diez años, tener un promedio no menor de 3.0 de un índice académico de 4.0 de escuela superior, bachillerato o maestría. Además, gestionar su admisión a la institución educativa correspondiente para comenzar estudios durante el primer semestre académico 2005-06. La otorgación final de la beca estará sujeta a esta gestión.

**DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

- Solicitud de Becas (1)
- Carta de Garantizador (1)
- Certificado Médico (1)
- Copia Oficial de Transcripción de Créditos (1)
- Evidencia de la pre-admisión a la Institución seleccionada
- Certificado de Antecedentes Penales (vigente)
- Resumé
- Cartas de Recomendación (2)      \* Estudiantes - de profesores      \* No estudiantes - de sus experiencias de empleo
- Otros documentos requeridos de ser necesarios
- La Compañía de Fomento Industrial se reserva el derecho de retener todos los documentos sometidos.
- Autorizo a la Compañía de Fomento Industrial a realizar cualquier gestión para corroborar la información suministrada y la entrega de documentos a la Junta Evaluadora.

**LOS CANDIDATOS:**

Formalizarán un contrato con la Compañía de Fomento Industrial que incluye, entre otras, las siguientes condiciones:

- Cursará estudios satisfactoriamente en el campo seleccionado, no podrá cambiar de institución académica y deberá ser estudiante de tiempo completo.
- Al finalizar sus estudios trabajará en Puerto Rico por un período igual al del contrato de beca y éste nunca será menor de un año.
- Será responsable de gestionar empleo en Puerto Rico al finalizar sus estudios.

**LAS SOLICITUDES:**

Estarán disponibles en las Oficinas de la Compañía de Fomento Industrial, localizadas en:

SAN JUAN.....(787) 765-7171, 758-4747, exts. 2580,2517  
Área de Servicios Industriales  
Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos para la Industria  
Ave. F.D. Roosevelt 355  
Oficina 306  
Hato Rey, PR 00918

MAYAGÜEZ.....(787) 832-0462  
Jaime Rodríguez, Edif. 49  
Parque Industrial Guanajibo (Zona Libre)  
Mayagüez, PR 00680

HUMACAO.....(787) 852-1650  
Parque Industrial Cataño  
Carr. 3, Km. 82.2 Interior  
Humacao, PR 00791

PONCE.....(787) 848-6000  
Urbanización Industrial Sabaneta  
Calle A, Módulo 4  
Ponce, PR 00731

ARECIBO.....(787) 878-0128  
Parque Industrial Zeno Gandía  
Carr. 129, Km. 2.2  
Arecibo, PR 00613

La Solicitud de Beca debe radicarse antes del viernes, 29 de abril de 2005 a las 4:30 p.m. en las Oficinas Centrales localizadas en San Juan, o enviarla por correo a la siguiente dirección:

COMPAÑÍA DE FOMENTO INDUSTRIAL  
ÁREA DE SERVICIOS INDUSTRIALES  
OFICINA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA INDUSTRIA  
PROGRAMA DE BECAS  
PO BOX 362350, SAN JUAN, PR 00936-2350

# SOLICITUD PROGRAMA DE BECAS

COMPañÍA DE FOMENTO INDUSTRIAL

(favor de usar letra de molde)

## Parte I

A. Área de Estudio

Campo de Estudio Seleccionado

B. Información Personal: Nombre:

(Apellido Paterno)

(Apellido Materno)

(Nombre)

Dirección Residencial:

Dirección Postal:

Teléfono Residencial:

Teléfono del Trabajo:

Núm. de Seguro Social:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Ciudadano Americano  Sí  No

Reside en Puerto Rico desde:

Direcciones y teléfonos alternos donde podamos localizarlo:

C. Grupo Familiar:

Nombre de padre:

Ocupación:

Dirección y teléfono:

Nombre de la madre:

Ocupación:

Dirección y teléfono:

Nombre de la esposa:

Ocupación:

Dirección y teléfono del trabajo:

D. Educación: (Indique nombre y dirección de escuelas donde cursó estudios)

Nombre de la Institución:

Años Cursados:

Grados Obtenidos:

Índice Académico:

Licencias profesionales que posee:

¿Ha obtenido becas anteriormente?  Sí  No

Título de la Beca:

Fechas:

Auspiciada:

¿Ha solicitado admisión a universidades en Estados Unidos o Puerto Rico?  Sí  No

Indique nombres de las universidades, localización y departamento al cual ha solicitado admisión (se requiere un mínimo de tres).

¿Fue admitido?  Sí  No  En proceso

E. Experiencias de trabajo:

Nombre de la firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_Parcial\_\_\_Completo Tiempo trabajado: \_\_\_\_\_ Salario Mensual: \_\_\_\_\_

Trabajo realizado: \_\_\_\_\_

Nombre de la firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_Parcial\_\_\_Completo Tiempo trabajado: \_\_\_\_\_ Salario Mensual: \_\_\_\_\_

Trabajo realizado: \_\_\_\_\_

F. Referencias: Nombres y direcciones de tres personas que no sean familiares ni garantizadores.

Nombre y Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parte II

Recursos económicos disponibles (si alguno) para cubrir parte de los costos de sus estudios.

A. Ingresos:

Cantidad: \_\_\_\_\_ Por concepto de: \_\_\_\_\_ Anual o mensual (explique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beneficios de veteranos: \_\_\_\_\_ Ayuda económica de esposa (o): \$

Otras ayudas: \_\_\_\_\_

B. Nombre de las personas que pueden ayudarlo económicamente en sus estudios:

Nombre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Ayuda económica estimada que pueda brindarle: \$ \_\_\_\_\_

C. Propiedades u otros recursos que usted posee: (describalos) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D. Referencias de Crédito (detalle préstamos y otras deudas)

Nombre y Dirección: \_\_\_\_\_

Cantidad Original: \_\_\_\_\_ Pago Mensual \_\_\_\_\_ Balance de la Entidad \_\_\_\_\_

- Certifico que toda la información aquí suministrada es fiel y exacta.
- Acepto que de probarse que la información suministrada es parcial o totalmente falsa, sería razón para invalidar esta Solicitud de Beca.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE FOMENTO INDUSTRIAL  
PROGRAMA DE BECAS

A. HISTORIAL MÉDICO

Indique si ha padecido o padece de los siguientes:

- | SI                    | NO                    |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fiebre reumática                               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mareos   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad en los oídos, nariz, garganta       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sordera  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alergias nasales                               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asma   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tuberculosis                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad de la tiroide                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ataques de falta de respiración                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Presión arterial alta o baja                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedades del estómago, hígado e intestinos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tumores, quistes o cáncer                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedades del corazón                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Azúcar o albúmina en la orina                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedades del riñón                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Parálisis o neuritis                           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsia                                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedades nerviosas                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Enfermedad de los nervios                      |

Especifique en el siguiente espacio otras enfermedades que haya padecido y/u operaciones sufridas.

---

---

---

---

---

---

---



El médico examinador deberá revisar el apartado A de este formulario y elaborar o resumir en este espacio cualquier información de importancia en el Historial Médico. Use papel adicional si fuere necesario.

D. CERTIFICACION Y AUTORIZACION DEL SOLICITANTE

Certifico que la información que he incluido en este formulario y la que he suministrado al médico es correcta, verdadera y completa. Autorizo a cualquier médico u hospital mencionados a suministrar información sobre mi expediente médico a la Compañía de Fomento Industrial de Puerto Rico, según lo establecido en las nuevas leyes federales referentes a servicios médicos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma (deberá firmar en presencia del médico examinador)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico M.D.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

COMPañÍA DE FOMENTO INDUSTRIAL • PROGRAMA DE BECAS

A. Información del Garantizador:

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Teléfono:   
Dirección Residencial \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Dirección Negocio u Oficina \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono Oficina:  Ext.

B. Juramento:

Yo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y residente de  
(Letra de molde) (Estado civil)  
\_\_\_\_\_, bajo juramento me comprometo a servir como garantizador solidario (hasta un 100%) de la suma total otorgada en calidad de beca o en cualquier extensión de la misma en que comparezca en el Contrato de Beca como garantizador, a \_\_\_\_\_.  
(Nombre del becario)

Estimo que mis ingresos anuales son de aproximadamente \$ \_\_\_\_\_.

Me dedico a \_\_\_\_\_.  
(Profesión o Negocio)

C. Descripción de las propiedades:

Propiedades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Número de Escritura y lugar de registro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valor Aproximado: \_\_\_\_\_ Deuda: \_\_\_\_\_

D. Autorización:

El suscribiente de este municipio autoriza al Comité de Becas a verificar, de ser necesario, la información suministrada al mismo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Garantizador

**AFFIDAVIT**

AFFIDAVIT NUM. \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_ mayor de edad, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y vecino  
(Estado civil) (Ocupación)  
de \_\_\_\_\_ Puerto Rico, a quien doy fe de conocer personalmente y/o he identificado mediante Licencia de Conducir o Tarjeta Electoral número \_\_\_\_\_, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

NOTA IMPORTANTE: De otorgarse la beca al solicitante, se requerirá que usted firme este documento ante un notario público mediante Affidavit.

# PROGRAMA DE BECAS

## Campos de Estudios

### DOCTORADO

Ciencias:

- Ingeniería Química (con especialidad en Biotecnología)
- Bioquímica

### REQUISITOS

Bachillerato o Maestría

### MAESTRÍA

Administración de Empresas:

- Gerencia de Materiales
- Gerencia de Producción
- Control de Calidad

Bachillerato

Ciencias:

- Higiene Industrial
- Farmacia Industrial
- Química Analítica
- Ciencias Ambientales

Ingenierías:

- Computadora
- Eléctrica
- Empaque (Estados Unidos)
- Industrial
- Mecánica

ÁREAS TÉCNICAS (Grado Asociado)

- Tecnología en Ingeniería Biomédica
- Mecánica de Mantenimiento Industrial
- Instrumentación
- Electromecánica

Diploma de Escuela Superior