



FORD FOUNDATION
INTERNATIONAL
FELLOWSHIPS PROGRAM

**PROGRAMA INTERNACIONAL DE BECAS
DE POSGRADO PARA INDÍGENAS
Fundación Ford**



**CARTA DE DECLARACIÓN
DE ESTADO DE SALUD**

Nota: Tener alguna afección, enfermedad o discapacidad física no representa un impedimento para optar por esta beca. En caso de resultar electo (a) finalista, se le requerirá un certificado médico oficial. La información que usted proporcione es de carácter estrictamente confidencial.

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

1.- Declaro que me encuentro en condiciones de salud adecuadas para llevar a cabo estudios de posgrado

Sí

No

2.- Actualmente estoy recibiendo
tratamiento médico

Actualmente no estoy recibiendo
tratamiento médico

Especifique:

3.- En los últimos 12 meses he recibido
tratamiento médico

En los últimos 12 meses no he recibido
tratamiento médico

Especifique:

FECHA _____

FIRMA _____