

**Formulario de Aplicación para el Programa de Capacitación en Tercer País:
“Curso Gestión de Agua No Facturada para América Latina”
15-18 noviembre 2022**

POSTULACIÓN OFICIAL

(Para ser firmado y confirmado por la autoridad respectiva de la institución)

1. Título del curso

--

2. País solicitante

--

3. Nombre de la institución solicitante

--

4. Apellidos y nombres de los candidatos (en orden de prioridad)

1)	3)
2)	4)

En caso de ser aceptada la postulación, el candidato queda autorizado a participar del Curso en las fechas estipuladas. Una vez finalizado el mismo se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y difusión de la capacitación recibida.

Fecha:		Firma:	
Nombre:			
Cargo			Sello oficial
Datos de contacto de la autoridad respectiva:	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal):		
	Teléfono (incluir código de país y código de área):		E-mail:

Parte A: Información sobre la institución

(Para ser confirmado por autoridad del área/dirección/división)

1. Perfil de la institución

1) Nombre de la institución:

2) Misión de la institución y del área/dirección/división:

2. Objetivo de la postulación

1) Describa brevemente la situación actual de su institución con relación al contenido del curso de capacitación, haciendo referencia a necesidades o problemas concretos a ser tratados en el curso.

2) Describa los objetivos (no más de tres) que su organización espera alcanzar al participar en el presente programa de capacitación:

3) Describa las razones por las cuales se ha seleccionado al candidato, haciendo referencia a los siguientes puntos: 1) Requisitos del curso, 2) Capacidad /Cargo o responsabilidad en la institución, 3) Planes futuros del candidato luego de su participación en el programa de capacitación.

Parte B: Información del candidato

(Para ser completado por cada postulante)

1) Datos del candidato (tal como figura en su pasaporte)

Apellidos

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombres

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) Nacionalidad (tal como figura en su pasaporte)

--

Número de identidad o pasaporte:	
Fecha de vencimiento del pasaporte:	
Nota: Adjuntar fotocopia de pasaporte o documento de identidad de viaje	

**Adjuntar foto
actual del
candidato aquí.**

Tamaño: 4 x 4 cm

3) Fecha de nacimiento

Día	Mes	Año	Edad

4) Cargo actual

Institución								
Departamento/ Área/División								
Cargo actual								
Fecha de ingreso a la institución	Día	Mes	Año	Fecha de inicio en el cargo actual	Día	Mes	Año	
Estabilidad laboral:	Personal Permanente ()			Contratado ()				

5) Tipo de organización (Marcar con "X" en los paréntesis correspondientes)

() Gobierno nacional	() Gobierno local	() empresa/institución pública
() Otros ()		

Laboral	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal):	
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Teléfono celular (incluir código de país y código de área):
		e-mail:
Particular	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal):	
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Teléfono celular (incluir código de país y código de área):
		e-mail:

Organismo/Institución	Ciudad/País	Período		Descripción del cargo y responsabilidades
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

9) Antecedentes académicos

Formación académica (solamente estudios universitarios/terciarios en adelante)

Institución	Ciudad/País	Período		Título obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

Estudios en otros países:

Institución	Ciudad/País	Período		Area de estudio / Título o certificado obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

10) Nivel de conocimientos de idioma español (para completar solamente por los candidatos de lengua materna diferente al español)

Conversación	() Excelente	() Bueno	() Regular	() Bajo
Lectura	() Excelente	() Bueno	() Regular	() Bajo
Escritura	() Excelente	() Bueno	() Regular	() Bajo
Lengua materna:				
Otros idiomas ()	() Excellent	() Good	() Fair	() Poor

11) Expectativas en el Programa de Capacitación para Terceros Países.

a) Meta personal: Describa cuáles son sus expectativas relacionadas al tema del curso y al objetivo de su institución.

b) Antecedentes profesionales: Experiencia más relevante relacionada al tema del curso

c) Área de interés: Describa los temas de interés particular con referencia a los contenidos del curso y su relación con su actual responsabilidad laboral

DECLARACION (para ser firmada por el candidato)

Certifico que todas las declaraciones realizadas en el presente formulario son verdaderas y reales.

En el caso de ser aceptada mi solicitud para participar en el Programa de Capacitación, declaro cumplir con las instrucciones y condiciones estipuladas En el marco del Programa de Capacitación.

Nombre:			
Firma:		Fecha:	

HISTORIAL CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA POR EL NOMINADO

1. Nombre del Nominado (Apellidos, nombre):
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):
3. Nacionalidad:
4. Sexo:
() Masculino:
() Femenino:
5. Dirección de contacto:
6. Nombre del Curso/seminario de formación:
7. Duración del Curso/seminario de formación:

Aviso importante: antes de diligenciar los cuestionarios del historial médico, se le notifica que:

Una condición médica que resulte de una condición preexistente no revelada no puede ser compensada por JICA y puede resultar en culminación de su programa de entrenamiento.

Entiendo y acepto los términos de este aviso: SI ____ NO ____.

EL NOMINADO MARCARÁ SI O NO Y EXPLICARÁ (Observaciones)

- a. ¿Ha tenido alguna enfermedad o herida significativa o seria? (en caso de haber sido hospitalizado indique sitio y fecha).
- b. ¿Ha tenido cirugías o ha sido aconsejado por un médico a tenerla? (proporcione sitio y fechas).
- c. ¿Actualmente utiliza medicamento para tratar alguna condición física? (dé nombre y dosis).
- d. ¿Ha estado recluido en un hospital mental o ha sido tratado por un psiquiatra?
- e. Certificaciones en caso de participantes embarazadas:
Se solicita estrictamente a las participantes embarazadas que adjunten consentimiento informado.

EL NOMINADO INDICARÁ SI O NO EN CADA PUNTO:

¿TIENE O HA TENIDO LAS CONDICIONES MENCIONADAS ABAJO? **SI / NO.**

- a. Asma, enfisema, u otra enfermedad pulmonar:
- b. Tuberculosis, o vive con alguien que la padezca:
- c. Hipertensión, enfermedad cardíaca:
- d. Enfermedad estomacal, de vesícula o hígado (hepatitis):
- e. Enfermedad renal, cálculos o sangre en la orina:
- f. Diabetes (azúcar en la orina):
- g. Depresión, preocupación excesiva, intento de suicidio, u otros síntomas psicológicos:
- h. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA):
- i. Tumor, crecimiento anormal, quistes, o cáncer:
- j. Desordenes sanguíneos, anemia:

Certifico que he leído la instrucción anterior y respondido todas las preguntas veraz y totalmente.

NOMBRE DEL NOMINADO:

FECHA:

FIRMA DEL NOMINADO:
