

ANEXO II FORMULARIO DE POSTULACIÓN Curso Internacional

“TELEVISIÓN DIGITAL TERRESTRE Y LA APLICACIÓN DE LAS TIC EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES”

| | |
|---|--|
| Identificación del Participante (Apellidos-Nombres) | |
| País | |
| Institución Patrocinante | |
| Profesión | |
| N° de Pasaporte | |

| Dirección Postulante | | Fecha de Nacimiento | | | Sexo | |
|----------------------|--|--|------------|------------|------|------------------|
| Trabajo: | | Día | Mes | Año | | Masculino |
| | | | | | | Femenino |
| Teléfono | | Estado Civil | | | | |
| Fax | | Nacionalidad | | | | |
| E-mail | | Persona a quien notificar en caso de emergencia | | | | |
| Particular: | | | | | | |
| Teléfono | | Relación | | | | |
| Fax | | Dirección | | | | |
| E-mail | | Teléfono | | | | |
| | | E-mail | | | | |

Describe brevemente ¿Cómo la presente capacitación apoyaría al logro de los objetivos anteriormente mencionados?

| |
|--|
| |
|--|

Describe brevemente las acciones concretas que desarrollaría para completar estos objetivos.

| |
|--|
| |
|--|

CONFIRMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

DECLARO QUE HE EXAMINADO EL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ ENTREGADA ES VERDADERA, POR LO QUE APOYAMOS LA DESIGNACIÓN DEL/LA PRESENTE POSTULANTE EN NOMBRE DE NUESTRA INSTITUCIÓN.

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Fecha | | |
| Nombre | | |
| Cargo | | |
| Departamento/ Servicio | | |
| E-mail | | |
| | | Firma (Firma autoridad institucional) |
| | | Timbre (Timbre Institucional) |

INFORMACIÓN DEL POSTULANTE

(Debe ser completado por el postulante).

| Cargo Actual en la Organización (Servicio/Departamento/Unidad) | | | | | | | |
|--|--|-----|-------|------------------------------|---------|-----|--|
| Fecha de ingreso a la institución | | | | Fecha de inicio cargo actual | | | |
| Mes | | Año | | Mes | | Año | |
| Descripción de su Trabajo (Incluya sus responsabilidades, tales como: Unidad de trabajo, número de personas a cargo, metas anuales, etc.) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Experiencia Laboral (Incluya los cargos que ha ocupado, mencionando año, funciones realizadas). | | | | | | | |
| Cargo | | | Fecha | | Función | | |
| | | | | | | | |

Nota: Si el postulante es miembro de las Fuerzas Armadas de su país, deberá completar obligatoriamente el Anexo Complementario que se le remitirá oportunamente.

Antecedentes Académicos (Mencione cursos y/o talleres que haya realizado en su país, afines al tema del curso).

| Curso y/o Taller | Año de realización y duración | Objetivo del curso y/o taller |
|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | | |

Capacitación en el Exterior (Incluya toda capacitación realizada fuera de su país de origen, afines al tema del curso).

| Institución | País | Tema | Objetivos |
|--------------------|-------------|-------------|------------------|
| | | | |

Manejo de Idiomas

| Idioma 1 | Hablado | Escrito | Leído | Idioma 2 | Hablado | Escrito | Leído |
|--------------------|---------|-------------|-------|--------------------|---------|-------------|-------|
| | | | | | | | |
| Certificado | | Cuál | | Certificado | | Cuál | |

DECLARACIÓN

DECLARO QUE HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES DE LA CONVOCATORIA Y QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES COMPLETA Y VERDADERA.

| Nombre | Fecha | Firma |
|---------------|--------------|--------------|
| | | |

HISTORIAL MÉDICO

(En caso de presentar alguna de las condiciones de salud mencionadas más abajo, presentar certificado médico).

| | | | | | |
|--|-----------|------------------|-----------|-----------|------------------------|
| 1. ¿Actualmente utiliza algún tipo de medicamento para el tratamiento de alguna condición médica? | | | | | |
| SÍ () | | NO () | | | |
| Nombre del medicamento | | | Dosis | | |
| 2. ¿Actualmente está embarazada? | | SÍ | | NO | Mes de embarazo |
| NOTA IMPORTANTE: En caso que una postulante se encuentre embarazada y con el objeto de minimizar el riesgo a su salud, se requiere sin falta adjuntar los siguientes documentos: a) Carta de consentimiento en asumir riesgos económicos y físicos. b) Carta de consentimiento del supervisor de la participante (médico tratante). c) Carta de consentimiento de la participación del curso, por parte del médico tratante. | | | | | |
| 3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento y/o alimento | | | | SÍ | NO |
| Medicamentos | | Alimentos | | Otros | |
| Especifique: | | | | | |
| 4. Presenta algunas de las siguientes condiciones de salud: | | | | | |
| Presión Alta | SÍ | | NO | | Observaciones: |
| Diabetes | SÍ | | NO | | Observaciones: |
| Problemas respiratorios | SÍ | | NO | | Observaciones: |
| Problemas del tracto digestivo | SÍ | | NO | | Observaciones: |
| Otras condiciones. Especificar: | | | | | |

| | | |
|--|--------------|--------------|
| CONSENTIMIENTO | | |
| CERTIFICO QUE HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES Y HE ENTREGADO FIELMENTE LA INFORMACIÓN SOLICITADA. ENTIENDO Y ACEPTO QUE UNA CONDICIÓN MÉDICA PRE-EXISTENTE NO INOFRMADA PODRÍA RESULTAR EN LA FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE MI PARTICIPACIÓN EN EL CURSO. | | |
| Nombre | Fecha | Firma |
| | | |