



ANEXO I
FORMULARIO DE POSTULACIÓN
DIPLOMA EN SISMOLOGÍA

Santiago de Chile, junio-julio 2018

Programa de Formación en Recursos Humanos para Latinoamérica y el Caribe en
Reducción del Riesgo de Desastres – KIZUNA

POSTULACIÓN OFICIAL

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

PAÍS

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE EL CANDIDATO

Esta organización recomienda la presente postulación de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Formación en Recursos Humanos para Latinoamérica y el Caribe en Reducción del Riesgo de Desastres – KIZUNA de acuerdo a la convocatoria y su correspondiente información general. En caso de resultar seleccionado, el candidato queda autorizado a viajar a Chile en las fechas determinadas por los ejecutores del curso. A su regreso, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y transferencia de los conocimientos recibidos.

Nombre		Sello oficial
Cargo		
Correo electrónico		
Fecha	Firma	

PARTE A: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1. Perfil de la institución

a) Nombre de la organización

--

b) Tipo de organización

(colocar un "x" en la opción correspondiente)

Gobierno	<input type="checkbox"/>	Académica	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>	Internacional	<input type="checkbox"/>	Otros*	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------	--------------------------

*En caso de ser "otro", indicar:

--

c) Misión de la organización

--

d) Vinculación con la cooperación internacional

(colocar un "x" en la opción correspondiente)

Japón	<input type="checkbox"/>	Chile	<input type="checkbox"/>	Otras fuentes	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

En caso de existir alguna modalidad de cooperación, describa brevemente las principales actividades:

--

2. Objetivo de la postulación

a) Describa los objetivos estratégicos de su institución ligados al TEMA CURSO.

b) Describa brevemente cómo la capacitación apoyará al logro de los objetivos anteriormente mencionados.

c) Describa brevemente las acciones concretas que la institución desarrollará para lograr y/o complementar los objetivos anteriormente mencionados.

d) Describa brevemente las razones por las cuales se ha seleccionado al candidato, haciendo referencia a: 1) requisitos del curso, 2) capacidad/cargo o responsabilidad en la institución, 3) planes de acción u otros.¹

¹ En caso de presentar a más de un candidato, indicar el orden de prioridad en el ingreso de la documentación a la plataforma de becas.

PARTE B: INFORMACIÓN DEL POSTULANTE

1. Información personal.

Apellidos*			
Nombres			
Nacionalidad			
Fecha de nacimiento			
Sexo	Masculino		Femenino
Nº de pasaporte			
Fecha de vencimiento pasaporte			
Dirección particular			
Ciudad			
Teléfono de contacto			
Mail de contacto**			

*Entregar información tal como figura en el pasaporte.

**A esta dirección de correo electrónico le será remitida toda la información en caso de selección. Se ruega dar un mail que revise de manera constante.

Persona a notificar en caso de emergencia:

Apellidos	
Nombres	
Relación con el postulante	
Dirección particular	
Teléfono de contacto	
Mail de contacto	

2. Información académica
(Solamente estudios universitarios en adelante)

Título obtenido	Institución	País	Periodo	
			Desde	Hasta

Otros cursos y capacitaciones

Curso	Institución	País	Periodo	
			Desde	Hasta

¿Ha sido usted beneficiario de becas anteriormente?

Sí _____ No _____

En caso de haber respondido "sí", indicar:

Beca	País donde realizó los estudios	Programa cursado

3. Información profesional

1) Cargo actual

--

2) Descripción de las funciones

--

3) Experiencia profesional

Cargo* (desde el más reciente al más antiguo acorde a la actividad académica)	Institución	País	Periodo	
			Desde	Hasta

*Describir brevemente las funciones.

PARTE C: 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? (Dar nombre del medicamento y dosis).		
Nombre Medicamento:_____		Dosis:_____
2. ¿Actualmente está embarazada? 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: 1) Carta de consentimiento en asumir riesgos económicos y físicos, 2) Carta de consentimiento del supervisor de la participante 3) Carta de acuerdo con la participación en el curso, por parte del médico tratante.		
() Sí () No		Mes de embarazo:_____
3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento?		
() Sí () No		
() Medicamentos () Alimentos () Otro: _____		
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:_____
5.- Otras condiciones (especificar si hay información relevante que entregar como restricciones alimenticias, alergias, entre otros).		

Certifico que he leído las instrucciones anteriores y he entregado fielmente la información solicitada. Entiendo y acepto que una condición médica pre-existente no informada podría, bajo mi responsabilidad, resultar en la finalización anticipada de mi participación en el curso.

NOMBRE	FECHA	FIRMA

DECLARACIÓN

(a ser firmada por el postulante)

Declaro que he leído la convocatoria con todas sus instrucciones y correspondientes anexos y que la información entregada en el presente formulario totalmente veraz y corresponde a toda la solicitada.

Nombre	Fecha	Firma

Declaro tener manejo oral y escrito del idioma español.*
(solamente para países que no sean de habla hispana)

Nombre	Fecha	Firma

*Adjuntar documento de respaldo tal como examen de acreditación si se cuenta con uno.