**ANEXO I**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**I Curso Internacional en Rescate Urbano I y II**

|  |
| --- |
| País: |
|   |
| Institución Patrocinante: |
|  |
| Identificación del participante (Apellidos-Nombres):  |
|  |
| Profesión: |
|  |
| Nº de Pasaporte: |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIRECCIÓN** | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO |
| TRABAJO | Día  | Mes | Año |  | Masculino |
|  |  |  |  |  | Femenino |
| Estado Civil |  |
| Teléfono |  | Fax |  | Nacionalidad |  |
| E-mail |  |
| PARTICULAR | PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA |
|  | Nombre completo |  |
| Relación con usted |  |
| Teléfono |  | Fax |  | Dirección |  |
| E-mail |  | Teléfono |  |
| E-mail |  |

1. **INFORMACIÓN ORGANIZACIÓN PATROCINANTE**

(Debe ser completado por el Director de organización o Jefe de Servicio)

|  |
| --- |
| Nombre de la Organización |
|  |
| Tipo de Organización |
| Gobierno |  | Publica |  | Privada |  | Internacional |  | Otros |  |
| Misión de la Institución |
|  |

|  |
| --- |
| Vinculación con Cooperación Internacional |
| Proyecto Cooperación con Japón |  | Actividades de cooperación con Chile |  | Otras fuentes de cooperación |  | Ninguna  |  |
| Describa brevemente las principales actividades realizadas por la institución a través de la cooperación internacional |
|  |

|  |
| --- |
| Objetivos estratégicos de la institución ligados con el tema de tsunamis de su país.  |
|  |

|  |
| --- |
| Describa brevemente ¿Cómo la presente capacitación apoyaría al logro de los objetivos anteriormente mencionados? |
|  |
| Describa brevemente las acciones concretas que desarrollaría para complementar 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 PRESENTE POSTULANTE EN NOMBRE DE NUESTRA INSTITUCIÓN**.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  | Firma |  |
| Nombre |  | Timbre |
| Cargo |  |
| Departamento/Servicio |  |
| Correo electrónico |  |

**II INFORMACIÓN DEL POSTULANTE**

(Debe ser completado por el postulante)

|  |
| --- |
| Cargo actual la organización (Servicio/Departamento/Unidad) |
|  |
| Fecha de ingreso a la Institución | Fecha inicio cargo actual |
| Mes |  | Año |  | Mes |  | Año |  |

|  |
| --- |
| **Descripción de su trabajo**(Incluyendo sus responsabilidades (Información como: unidad de trabajo, número de personas a su cargo.) |
|  |

|  |
| --- |
| **Experiencia Profesional** |
|  |

|  |
| --- |
| **Capacitación o Estudios en el Exterior** |
| Institución | País | Tema |
|  |  |  |

**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** |
|  |  |  |

**DECLARO TENER MANEJO DE ORAL Y ESCRITO DE IDIOMA ESPAÑOL**\* (adjuntar documentos de respaldo si se cuenta con alguno).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | **FECHA** | **FIRMA** |
|  |  |  |

\*Obligatorio para postulantes de países que no sean de habla hispana.

**III.- HISTORIAL MEDICO**

**(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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿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 |
|  |

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 resultar en la finalización anticipada de mi participación en el curso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE | **FECHA** | **FIRMA** |
|  |  |  |