**CARTA COMPROMISO DEL POSTULANTE AL CURSO INTERNACIONAL**

**“EVALUACIÓN RÁPIDA POST-DESASTRE DE LA SEGURIDAD ESTRUCTURAL DE EDIFICACIONES”**

**Santiago de Chile**, **19 de octubre al 5 de noviembre de 2015**

Como participante al Curso Internacional

YO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del postulante**

DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**País de origen**

**Declaro que todas las informaciones presentadas son veraces, correctas y completas y me comprometo a respetar las siguientes normas:**

1. Cumplir rigurosamente el programa del curso.
2. Respetar las instrucciones entregadas en el desarrollo del curso.
3. No prolongar el período de capacitación establecido por MOP/JICA/AGCI.
4. No estar acompañado de cualquier miembro de mi familia.
5. Aceptar las condiciones estipuladas por ambos gobiernos en relación al curso.
6. No participar en el curso en caso de enfermedad crónica grave y embarazo, que haga desaconsejable con antelación mi permanencia como participante.
7. Acompañar certificado médico que certifique buena salud física y mental compatible con el curso.
8. Interrumpir el curso sólo en caso de dolencia grave que determine incapacidad para continuar el entrenamiento.
9. Al final del curso, retornar a mi país de origen de acuerdo con la agenda establecida por MOP/JICA/AGCI.
10. No tener ordenes de arraigo o algún caso de índole judicial que puedan impedir mi salida del país.
11. En caso de desistir de postular al curso, comunicar con un mínimo de 10 días de anticipación e indicar las razones de fuerza mayor que obligan a esa decisión.
12. Poseer pasaporte vigente con fecha mínima al 31 de diciembre de 2015.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_.**

 **(Lugar) (Día) (Mes)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del postulante**