

FORMULARIO DE APLICACION TCTP-PPJA

PROGRAMA DE ASOCIACIÓN ENTRE JAPÓN Y ARGENTINA – PPJA  
Programa de Capacitación para Terceros Países

**POSTULACION OFICIAL**

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

**1. Título del curso**

**2. País solicitante:**

**3. Nombre de la institución solicitante:**

**5. Apellidos y nombres de los candidatos (en orden de prioridad):**

1)	4)
2)	5)
3)	6)

Este organismo recomienda la presente postulación, de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Capacitación para Terceros Países del Programa de Asociación entre Japón y Argentina (PPJA), que figuran en el material explicativo del curso mencionado. En caso de ser aceptada la postulación, el candidato queda autorizado a viajar a la República Argentina en las fechas estipuladas. A su regreso, este organismo 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 máxima autoridad:	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal):		
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Fax (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 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 que su organización espera alcanzar al participar en el presente programa de capacitación:

**3) Describa de qué manera su institución hará un buen uso de los conocimientos adquiridos en el curso de capacitación, en referencia a las necesidades o problemas antes mencionados.**

**4) 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 de regreso de su participación en el programa de capacitación, 4) Plan de la Institución y 5) Otros. En caso de más de un postulante, indicar orden de prioridad.**



### 6) Descripción de su responsabilidad en el cargo actual y actividades que realiza

--

### 7) Información de contacto del postulante

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):
	Fax (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):
	Fax (incluir código de país y código de área):	e-mail:
Persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Parentesco:	
	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):
	Fax (incluir código de país y código de área):	e-mail:

### 8) Antecedentes laborales (relacionados al tema de la capacitación a la que aplica)

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 (incluir estudios en Argentina y Japón).

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
2) Lengua materna				
3) Otros idiomas ( )	( ) Excellent	( ) Good	( ) Fair	( ) Poor

Adjuntar copia de comprobante que certifique el nivel de conocimientos de idioma español

## 11) Expectativas en el Programa de Capacitación para Terceros Países del PPJA

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

--

**11) Adjuntar Curriculum Vitae (máx. 3 páginas).**

**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 por ambos gobiernos argentino y japonés en el marco del Programa de Capacitación.

Nombre:			
Firma:		Fecha:	

## HISTORIA MÉDICA

(para ser completada y firmada por el candidato)

### 1. Estado de salud actual

(a) Utiliza alguna medicina o debe regularmente visitar a su médico por alguna enfermedad?

( ) No	( ) Si	Nombre de la enfermedad:
		Nombre del medicamento:
	<i>Si su respuesta es "Si", adjuntar un certificado médico con la descripción de su estado de salud actual y la aprobación de su médico para participar en el curso.</i>	

(b) Está Ud. embarazada?

( ) No	( ) Si	Cantidad de semanas: (    ) semanas )
		<i>Si su respuesta es "Si", adjuntar un certificado con la aprobación de su médico para participar en el curso.</i>

(c) Es Ud. Alérgico a alguna medicación o alimento?

( ) No	( ) Si	Cuál/cuáles? :
--------	--------	----------------

(d) Grupo Sanguíneo y Factor RH:

Grupo	(    ) )	Factor RH:	(    ) )
-------	----------	------------	----------

### 2. Historia médica pasada

(a) Ha sufrido alguna enfermedad de relevancia?

( ) No	( ) Si	Especificar:
--------	--------	--------------

Si sufre algún problema de salud no indicado más arriba, por favor descríbala en el siguiente cuadro:

CERTIFICO que he leído las instrucciones correspondientes a la presente Historia Médica y he respondido todas las preguntas apropiadamente.

fecha:	Firma del candidato:
	Nombre completo del candidato: