

FICHA DE POSTULACIÓN INDIVIDUAL

CURSO INTERNACIONAL

"Entrenamiento en Prevención y Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en América Latina"
Santiago de Chile, 28 de agosto al 1 de septiembre de 2017.

INSTRUCCIONES

Remitir al correspondiente Punto Focal AGCI de su país (Anexo IV) en la fecha establecida por éste debidamente llenado y firmado en original en papel. Adjuntar además todos los documentos escaneados en un CD rotulado con el nombre del candidato, nombre del curso y año de realización.

1. Antecedentes Personales

País:		FOTO ACTUAL				
Identificación del participante (Nombre completo):						
Institución patrocinadora (donde trabaja):						
Profesión:						
Nº de pasaporte (vigente a ... de ... de 2017):						
Nº de cédula de identidad (ID):						
DIRECCIONES:						FECHA DE NACIMIENTO
a) LABORAL (calle, nº, ciudad)		Día	Mes	Año	Edad	Masculino
						Femenino
		ESTADO CIVIL LEGAL	Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Viudo(a)
Teléfono: (anteponer código del país y ciudad)		NACIONALIDAD				
E-mail:						
b) PARTICULAR (calle, nº, ciudad)		Persona a quien notificar en su país en caso de emergencia:				
		Nombre				
		Relación con usted				
Teléfono: (anteponer código del país y ciudad)		Dirección				
		Teléfono				
E-mail:		E-mail				

2.- Antecedentes Profesionales

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, proyectos que desarrolla, etc.)							
Experiencia Profesional (trabajo, gestión, docencia o investigación).							
Capacitación o Estudios en el Exterior							
Institución	País			Tema			

3- Confirmación de la institución (a ser firmado por autoridad institucional patrocinante)

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			

4- Declaro que he leído las instrucciones de la convocatoria y que la información entregada en el presente formulario es completa y verdadera (a ser firmado por postulante individual al curso)

NOMBRE	FECHA	FIRMA

5- Historial medico

1. ¿Actualmente utiliza algún tipo de medicamento para el tratamiento de alguna condición médica? Sí () No ()		
Nombre Medicamento:	Dosis:	
2. ¿Actualmente está embarazada? Indicar tiempo: (semanas, meses).		
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		

Yo: _____

Certifico que he leído las instrucciones anteriores y he entregado fielmente la información solicitada.
(Para postular al curso se solicita incluir un certificado de salud dado por un médico que complemente las informaciones declaradas en este punto 5.- Historial Médico)