**ANEXO I**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**IV Edición Curso Internacional**

**“DESARROLLO DE PLANES PARA LA GESTIÓN DE LA CONTINUIDAD DE NEGOCIOS PORTUARIOS (BCP/BCM)”**

07 al 26 de octubre 2019 (fase a distancia) - 06 al 15 de noviembre 2019 (fase presencial), Valparaíso de Chile.

|  |
| --- |
| **POSTULACIÓN OFICIAL**  *(Para ser firmado y confirmado por la máxima autoridad de la institución)* |
| **País, región, ciudad** |
|  |
| **Nombre de la institución** |
|  |
| **Nombre del postulante** |
|  |

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PATROCINIO** | | |
| **Nombre de la Jefatura que patrocina la postulación** | | **Sello oficial**  *(Timbre Institucional)* |
|  | |
| **Cargo e Institución** | |  |
|  | |
| **Correo electrónico** | |
|  | |
| **Fecha** | **Firma de la Jefatura que Patrocina** | |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Perfil de la institución | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la organización | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de organización  (Indicar con una “x” la opción correspondiente) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gobierno |  | | Academia | |  | | Privada |  | | Internacional | |  | Otra\* |  | |
| \* Explicar en caso de “otra”: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Misión de la organización | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vinculación con la cooperación internacional  (Indicar con una “x” la opción correspondiente) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Japón | |  | | **Chile** | |  | | | **Otras fuentes** | |  | | **Ninguna** | |  |
| Si corresponde describa brevemente las principales actividades de cooperación | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Objetivo de la postulación | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa los objetivos estratégicos de su institución ligados a la gestión portuaria. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa brevemente cómo la capacitación apoyará al logro de los objetivos anteriormente mencionados. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa brevemente las acciones concretas que la institución desarrollará para lograr y/o complementar los objetivos anteriormente mencionados. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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]](#footnote-1). | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

**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** |  | | | | |
| **Correo electrónico\*\*** |  | | | | |
| **Persona a notificar en caso de emergencia** | | | | | |
| **Nombres y apellidos** | |  | | | |
| **Relación con el postulante** | |  | | | |
| **Dirección particular** | |  | | | |
| **Teléfono de contacto** | |  | | | |
| **Correo electrónico 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 indicar un correo electrónico que revise de manera constante, **de preferencia una cuenta de dominio “Gmail”**, ya que en el desarrollo del curso serán utilizados los recursos Web de este proveedor. Puede incluir más de un email si así lo desea

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 a continuación, | | | | | | | | | | | | |
| Beca | | | País donde realizó los estudios | | | | | | | Programa cursado | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | |
| 1. **Información profesional** | | | | | | | | | | | | |
| **Cargo actual** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Descripción de las funciones** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **4. Experiencia profesional** | | | | | | | | | | | | |
| Cargo\* | | | | | Institución | | | País | | | Periodo | |
| Desde | Hasta |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | |  |  |

\*Describir brevemente las funciones.

|  |
| --- |
| **5. Historial Médico (En caso de presentar alguna de las condiciones de salud mencionadas más abajo, presentar certificado médico).** |

1. ¿Actualmente utiliza algún medicamento para el tratamiento de alguna condición médica?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Nombre de medicamento y dosis* |

Sí Cuál

|  |
| --- |
|  |

No

2. ¿Actualmente está embarazada?[[2]](#footnote-2)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Especificar meses de embarazo* |

Sí Meses

|  |
| --- |
|  |

No

3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento?

|  |
| --- |
|  |

Sí

|  |
| --- |
|  |

No

4. si respondió Sí en la pregunta número 3, ¿Qué tipo de alergia posee?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Nombre medicamento* |

Medicamentos ¿Cuál?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Nombre alimento* |

Alimentos ¿Cuál?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Especificar* |

Otro ¿Cuál)

5. Presenta usted alguna(s) de las siguientes condiciones de salud:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Observaciones* |

- Presión Alta Sí No

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Observaciones* |

- Diabetes Sí No

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Observaciones* |

- Problemas Respiratorios Sí No

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Observaciones* |

- Problemas del tracto digestivo Sí No

6. Otras condiciones yo pre-existencia (especificar si hay información relevante que entregar como restricciones alimenticias, alergias, entre otros).

|  |
| --- |
| *Especificar otra información relevante que la organización deba conocer para el resguardo de su bienestar.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **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.

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. **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; y (3) Carta de acuerdo con la participación en el Diplomado, por parte del médico tratante.

   [↑](#footnote-ref-2)