**ANEXO II**

**CARTA COMPROMISO POSTULANTE**

Como postulante al Diploma en Gestión, Ingeniería y Ciencias para la Resiliencia a los Desastres, a realizarse entre noviembre y diciembre de 2019 por la Universidad de Chile:

|  |  |
| --- | --- |
| Yo | *Nombre del Postulante* |
|  | *.* |
| De | *País de Origen* |

**Declaro que toda la información presentada es veraz, correcta y completa y en caso de obtener la beca, me comprometo a respetar las siguientes normas:**

1. Cumplir rigurosamente el Programa del Diploma.
2. Aceptar todas las condiciones estipuladas en relación al Diploma.
3. Respetar las instrucciones entregadas en el desarrollo del Diploma.
4. No prolongar el período de capacitación establecido por Universidad de Chile/AGCID. Al final del Diploma, retornar a mi país de origen de acuerdo con la agenda establecida por Universidad de Chile/AGCID.
5. No participar en el Diploma, en caso de enfermedad o embarazo, si es desaconsejable mi permanencia como participante.
6. Acompañar certificado médico que certifique buena salud física y mental compatible con el Diploma.
7. No interrumpir el Diploma salvo en caso de alguna dolencia grave que determine incapacidad para continuar el entrenamiento.
8. No tener orden de arraigo o algún caso de índole judicial que puedan impedir mi salida del país o el ingreso a Chile.
9. Poseer la documentación internacional necesaria para ingresar y salir de Chile, según acuerdos bilaterales entre gobiernos, durante todo el periodo de realización del diploma, incluida las fechas de viaje determinadas por la beca.
10. Al regreso a mi institución, realizar actividades de transferencia de conocimientos e implementar mi proyecto de finalización del Diploma.
11. En caso de desistir de participar en el Diploma, una vez seleccionado/a, comunicarlo al Punto Focal de AGCID con un mínimo de 10 días de anticipación al inicio del Diploma e indicar las razones de fuerza mayor que obligan esa decisión.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lugar* | , | *Día* | de | *Mes* | del año | *2019* |

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

**Firma del/de la postulante**