

**ANEXO I**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

DIPLOMA DE POSTÍTULO EN GESTIÓN, INGENIERÍA Y CIENCIAS PARA LA RESILIENCIA A LOS DESASTRES

Agosto - Diciembre 2020

**POSTULACIÓN OFICIAL**

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

**PAÍS**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE EL CANDIDATO**

|  |
| --- |
|  |

Esta organización recomienda la presente postulación de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Becas de Cooperación Sur – Sur, AGCID – Universidad de Chile, de acuerdo a la convocatoria y su correspondiente información general. En caso de resultar seleccionado, el/la candidato/a queda autorizado/a a participar y dedicar parte de su jornada laboral en las fechas determinadas por los ejecutores del Diploma de Postítulo. Al concluir el programa académico, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y transferencia de los conocimientos recibidos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | Sello oficial |
| Cargo |  | |
| Correo electrónico |  | |
| Fecha | | Firma | |

**PARTE A: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

1. Perfil de la institución
2. Nombre de la organización

|  |
| --- |
|  |

1. Tipo de organización

(colocar un “x” en la opción correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gobierno |  | Académica |  | Privada |  | Internacional |  | Otros\* |  |

\*En caso de ser “otro”, indicar:

|  |
| --- |
|  |

1. Misión de la organización

|  |
| --- |
|  |

1. Vinculación con la cooperación internacional

(colocar un “x” en la opción correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Japón |  | Chile |  | Otras fuentes |  | Ninguna |  |

En caso de existir alguna modalidad de cooperación, describa brevemente las principales actividades:

|  |
| --- |
|  |

1. Objetivo de la postulación
2. Describa los objetivos estratégicos de su institución ligados al TEMA DEL DIPLOMA.

|  |
| --- |
|  |

1. Describa brevemente cómo la capacitación apoyará al logro de los objetivos anteriormente mencionados.

|  |
| --- |
|  |

1. Describa brevemente las acciones concretas que la institución desarrollará para lograr y/o complementar los objetivos anteriormente mencionados.

|  |
| --- |
|  |

1. 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 de contacto |  | | | |
| Mail 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 dar un mail que revise de manera constante.

Persona a notificar en caso de emergencia:

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos |  |
| Nombres |  |
| Relación con el postulante |  |
| Dirección particular |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Mail de contacto |  |

1. Información académica

(Solamente estudios universitarios en adelante)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Título obtenido | Institución | País | Periodo | |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Otros cursos y capacitaciones

(Solamente estudios afines a la temática del Diploma)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Curso | Institución | País | Periodo | |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

¿Ha sido usted beneficiario/a de becas AGCID anteriormente?

Sí \_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de haber respondido “sí”, indicar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beca | País donde realizó los estudios | Programa cursado |
|  |  |  |

1. Información profesional
2. Cargo actual (Cargo e institución)

|  |
| --- |
|  |

1. Descripción de las funciones

|  |
| --- |
|  |

1. Experiencia profesional

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo\*  (desde el más reciente al más antiguo) | Institución | País | Periodo | |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Describir brevemente las funciones.

**PARTE C: HISTORIAL MÉDICO**

**Marcar con una x en los casilleros según corresponda[[2]](#footnote-2).** 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? | | | | | | | | | | | | |
| Sí |  | | ¿Cuál? | | | *Nombre de medicamento y dosis* | | | | | | |
| No |  | | | | |  | | |  | |  |  |
| 2. ¿Actualmente está embarazada?[[3]](#footnote-3) | | | | | | | | | | | | |
| Sí |  | | Meses | | | *Especificar meses de embarazo* | | | | | | |
| 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? | | | | | | | | | | | | |
| Medicamentos |  |  | ¿Cuál? | | | *Nombre medicamento* | | | | | | |
| Alimentos |  |  | ¿Cuál? | | | *Nombre alimento* | | | | | | |
| Otros |  |  | ¿Cuál? | | | *Especificar* | | | | | | |
| 5. Presenta usted alguna(s) de las siguientes condiciones de salud: | | | | | | | | | | | | |
| Presión Alta | | | | Sí |  | | No |  | ¿Cuál? | *Observaciones* | | |
| Diabetes | | | | Sí |  | | No |  | ¿Cuál? | *Observaciones* | | |
| Problemas Respiratorios | | | | Sí |  | | No |  | ¿Cuál? | *Observaciones* | | |
| Problemas del Tracto Digestivo | | | | Sí |  | | No |  | ¿Cuál? | *Observaciones* | | |
| 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 Diplomado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **FECHA** | **FIRMA** |
|  |  |  |

**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. Para marcar los casilleros se debe hacer doble click con el mouse sobre el cuadro respectivo, e indicar en “valor predeterminado” la opción de “activada”. [↑](#footnote-ref-2)
3. **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; y (2) Carta de acuerdo con la participación en el Curso Internacional, por parte del médico tratante.

   [↑](#footnote-ref-3)