

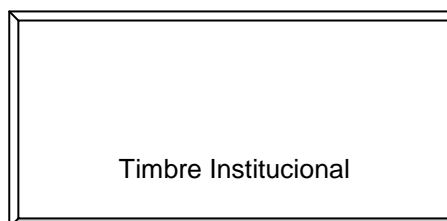
ANEXO III CERTIFICADO LABORAL

Quien suscribe, certifica que el/la Señor/a Don/Doña _____, documento de Identidad N° _____, se desempeña actualmente en la institución _____, en las funciones específicas que más abajo se detallan, durante el tiempo que se indica.

FUNCIÓN (indicar en detalle las responsabilidades ejercidas durante el periodo y en el evento que se hubiese tenido personal a cargo, indicar el N° de colaboradores)	Desde día/mes/año	Hasta día/mes/año

En caso de resultar seleccionado por el Programa de Becas de Cooperación Sur – Sur AGCID – Universidad de Chile, el/la candidato/a queda autorizado/a a participar y dedicar parte de su jornada laboral en las fechas determinadas por los ejecutores del Curso Internacional. Al concluir el programa académico, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y transferencia de los conocimientos recibidos.

(Firma)



NOMBRE JEFATURA

N° Documento de Identidad
 (Cargo)
 Institución
 Teléfono Contacto

Lugar, fecha _____