**Formulario de Aplicación para el Programa de Capacitación en Tercer País:**

**“Curso Gestión de Agua No Facturada para América Latina”**

**15-18 noviembre 2022**

|  |
| --- |
| **POSTULACIÓN OFICIAL** |

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

**1. Título del curso**

|  |
| --- |
|  |

**2. País solicitante**

|  |
| --- |
|  |

**3. Nombre de la institución solicitante**

|  |
| --- |
|  |

**4. Apellidos y nombres de los candidatos (en orden de prioridad)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1)** | **3)** |
| **2)** | **4)** |

En caso de ser aceptada la postulación, el candidato queda autorizado a participar del Curso en las fechas estipuladas. Una vez finalizado el mismo se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y difusión de la capacitación recibida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: |  | | Firma: |  | | |
| Nombre: |  | | | | | |
| Cargo |  | | | | | Sello oficial |
| Datos de contacto de la autoridad respectiva: | Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal): | | | | |
| Teléfono (incluir código de país y código de área): |  | | | E-mail: | |

|  |
| --- |
| **Parte A: Información sobre la institución** |

(Para ser confirmado por autoridad del área/dirección/división)

|  |
| --- |
| **1. Perfil de la institución** |

1. **Nombre de la institución:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Misión de la institución y del área/dirección/división:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **2. Objetivo de la postulación** |

**1) Describa brevemente la situación actual de su institución con relación al contenido del curso de capacitación, haciendo referencia a necesidades o problemas concretos a ser tratados en el curso.**

|  |
| --- |
|  |

**2) Describa los objetivos (no más de tres) que su organización espera alcanzar al participar en el presente programa de capacitación:**

|  |
| --- |
|  |

**3) Describa las razones por las cuales se ha seleccionado al candidato, haciendo referencia a los siguientes puntos: 1) Requisitos del curso, 2) Capacidad /Cargo o responsabilidad en la institución, 3) Planes futuros del candidato luego de su participación en el programa de capacitación.**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Parte B: Información del candidato** |

**(Para ser completado por cada postulante)**

**1) Datos del candidato (tal como figura en su pasaporte)**

**Apellidos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nombres**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2**) **Nacionalidad (tal como figura en su pasaporte)**

**Adjuntar foto actual del candidato aquí.**

**Tamaño: 4 x 4 cm**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número de identidad o pasaporte: |  |
| Fecha de vencimiento del pasaporte: |  |
| **Nota: Adjuntar fotocopia de pasaporte o documento de identidad de viaje** | |

**3**) **Fecha de nacimiento**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Edad** |
|  |  |  |  |

**4) Cargo actual**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución |  | | | | | | | | |
| Departamento/  Área/División |  | | | | | | | | |
| Cargo actual |  | | | | | | | | |
| Fecha de ingreso a la institución | | Día | Mes | Año | Fecha de inicio en el cargo actual | | Día | Mes | Año |
|  |  |  |  |  |  |
| Estabilidad laboral: | | Personal Permanente ( ) | | | | Contratado ( ) | | | |

**5) Tipo de organización *(Marcar con “X” en los paréntesis correspondientes)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Gobierno nacional | ( ) Gobierno local | ( ) empresa/institución pública |
| ( ) Otros ( ) | | |

**6) Breve descripción de su responsabilidad en el cargo actual.**

|  |
| --- |
|  |

**7) Información de contacto**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Laboral | Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal): | |
| Teléfono (incluir código de país y código de área): | Teléfono celular (incluir código de país y código de área): |
|  | e-mail: |
| Particular | Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal): | |
| Teléfono (incluir código de país y código de área): | Teléfono celular (incluir código de país y código de área): |
|  | e-mail: |

**8) Antecedentes laborales** (**relacionados al tema de la capacitación a la que aplica**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organismo/Institución | Ciudad/País | Período | | Descripción del cargo y responsabilidades |
| Desde  mes/año | Hasta  mes/año |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**9) Antecedentes académicos**

**Formación académica** (solamente estudios universitarios/terciarios en adelante)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Ciudad/País | Período | | Título obtenido |
| Desde  mes/año | Hasta  mes/año |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Estudios en otros países:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Ciudad/País | Período | | Area de estudio / Título o certificado obtenido |
| Desde  mes/año | Hasta  mes/año |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**10) Nivel de conocimientos de idioma español** (para completar solamente por los candidatos de lengua materna diferente al español)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Conversación | ( ) Excelente | ( ) Bueno | ( ) Regular | ( ) Bajo |
| Lectura | ( ) Excelente | ( ) Bueno | ( ) Regular | ( ) Bajo |
| Escritura | ( ) Excelente | ( ) Bueno | ( ) Regular | ( ) Bajo |
| Lengua maternal: |  | | | |
| Otros idiomas ( ) | ( ) Excellent | ( ) Good | ( ) Fair | ( ) Poor |

**11) Expectativas en el Programa de Capacitación para Terceros Países.**

**a) Meta personal: Describa cuáles son sus expectativas relacionadas al tema del curso y al objetivo de su institución.**

|  |
| --- |
|  |

**b) Antecedentes profesionales: Experiencia más relevante relacionada al tema del curso**

|  |
| --- |
|  |

**c) Área de interés: Describa los temas de interés particular con referencia a los contenidos del curso y su relación con su actual responsabilidad laboral**

|  |
| --- |
|  |

**DECLARACION (para ser firmada por el candidato)**

Certifico que todas las declaraciones realizadas en el presente formulario son verdaderas y reales.

En el caso de ser aceptada mi solicitud para participar en el Programa de Capacitación, declaro cumplir con las instrucciones y condiciones estipuladas En el marco del Programa de Capacitación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | |
| Firma: |  | Fecha: |  |

**HISTORIAL CLÍNICO**

HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA POR EL NOMINADO

1. Nombre del Nominado (Apellidos, nombre):

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):

3. Nacionalidad:

4. Sexo:

( ) Masculino:

( ) Femenino:

5. Dirección de contacto:

6. Nombre del Curso/seminario de formación:

7. Duración del Curso/seminario de formación:

Aviso importante: antes de diligenciar los cuestionarios del historial médico, se le notifica que:

Una condición médica que resulte de una condición preexistente no revelada no puede ser compensada por JICA y puede resultar en culminación de su programa de entrenamiento.

Entiendo y acepto los términos de este aviso: SI \_\_\_ NO \_\_\_.

EL NOMINADO MARCARÁ SI O NO Y EXPLICARÁ (Observaciones)

a. ¿Ha tenido alguna enfermedad o herida significante o seria? (en caso de haber sido hospitalizado indique sitio y fecha.

b. ¿Ha tenido cirugías o ha sido aconsejado por un médico a tenerla? (proporcione sitio y fechas).

c. ¿Actualmente utiliza medicamento para tratar alguna condición física? (dé nombre y dosis).

d. ¿Ha estado recluido en un hospital mental o ha sido tratado por un psiquiatra?

e. Certificaciones en caso de participantes embarazadas:

Se solicita estrictamente a las participantes embarazadas que adjunten consentimiento informado.

EL NOMINADO INDICARÁ SI O NO EN CADA PUNTO:

¿TIENE O HA TENIDO LAS CONDICIONES MENCIONADAS ABAJO? **SI / NO.**

a. Asma, enfisema, u otra enfermedad pulmonar:

b. Tuberculosis, o vive con alguien que la padezca:

c. Hipertensión, enfermedad cardiaca:

d. Enfermedad estomacal, de vesícula o hígado (hepatitis):

e. Enfermedad renal, cálculos o sangre en la orina:

f. Diabetes (azúcar en la orina):

g. Depresión, preocupación excesiva, intento de suicidio, u otros síntomas psicológicos:

h. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA):

i. Tumor, crecimiento anormal, quistes, o cáncer:

j. Desordenes sanguíneos, anemia:

Certifico que he leído la instrucción anterior y respondido todas las preguntas veraz y totalmente.

NOMBRE DEL NOMINADO:

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

FECHA:

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

FIRMA DEL NOMINADO: