****

**ANEXO I**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**II INTERNATIONAL SUMMER INSTITUTE**

**“INVESTIGACIÓN PARA LA MITIGACIÓN DE IMPACTOS DE TERREMOTOS Y TSUNAMIS”**

Fase On-Line: 20 de noviembre al 22 de diciembre de 2017

Fase Presencial: 8 al 19 de enero de 2018

**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 Diplomado “Summer Institute”. A su regreso, 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 DIPLOMADO.

|  |
| --- |
|  |

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

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

¿Ha sido usted beneficiario de becas anteriormente?

Sí \_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de haber respondido “sí”, indicar:

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

1. **Información profesional**
2. Cargo actual e institución en la cual se desempeña

|  |
| --- |
|  |

1. Descripción de las funciones

|  |
| --- |
|  |

1. Experiencia profesional (desde el cargo actual hacia el más antiguo)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo\* | Institución | País | Periodo | |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Describir brevemente las funciones.

1. **Historial médico** (En caso de presentar alguna de las condiciones de salud mencionadas más abajo, presentar certificado médico).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ¿Actualmente utiliza algún tipo de medicamento para el tratamiento de alguna condición médica? (Dar nombre del medicamento y dosis).   Sí ( ) No ( ) | | |
| Nombre Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1. ¿Actualmente está embarazada?   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 3. Carta de acuerdo con la participación en el curso, por parte del médico tratante. | | |
| ( ) Sí ( ) No Mes de embarazo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? | | |
| ( ) Sí ( ) No  ( ) Medicamentos ( ) Alimentos ( ) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 4. Presenta algunas de las siguientes condiciones de salud: | | |
| * Presión alta | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Diabetes | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Problemas Respiratorios | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Problemas del Tracto digestivo | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.- Otras condiciones (especificar si hay información relevante que entregar como restricciones alimenticias, alergias, entre otros). | | |
|  | | |

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**

(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 (nivel avanzado).\*

(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.

Declaro tener manejo oral y escrito del idioma inglés (nivel intermedio).\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)