

**ANEXO III**

**CERTIFICADO LABORAL**

Quien suscribe, certifica que el/la Señor/a Don/Doña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento de Identidad Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_