



ANEXO I
FORMULARIO DE POSTULACIÓN
III CURSO INTERNACIONAL
“Programa de Acreditación Nacional para grupos USAR
bajo los estándares de INSARAG”
Santiago de Chile, 04 al 22 de diciembre de 2023

Identificación del participante (Apellidos-Nombres)	
País	
Institución Patrocinante	
Profesión	
N° de Pasaporte	

Dirección Postulante		Fecha de Nacimiento			Sexo	
Domicilio Laboral:		Día	Mes	Año		Masculino
						Femenino
Teléfono		Estado Civil				
Fax		Nacionalidad				
E-mail		Persona a quien notificar en caso de emergencia				
Domicilio Particular:						
		Nombre completo				
Teléfono		Relación				
Fax		Dirección				
E-mail		Teléfono				
		E-mail				

Información Organización Patrocinante

(Debe ser completado por el Director de la Organización o Jefe de Servicio).

Nombre de la Organización							
Tipo de Organización							
Gobierno		Pública		Privada		Internacional	Otros
Misión de la Organización							
Vinculación con Cooperación Internacional							
Proyecto Cooperación con Japón		Actividades de Cooperación con Chile		Otras Fuentes de Cooperación		Ninguna	
Describa brevemente las principales actividades realizadas por la institución a través de la cooperación internacional.							
Objetivos estratégicos de la institución ligados con el tema de Búsqueda y Rescate Urbano de su país.							

Describa brevemente ¿Cómo la presente capacitación apoyaría al logro de los objetivos anteriormente mencionados?

--

Describa brevemente las acciones concretas que desarrollaría para completar estos objetivos.

--

CONFIRMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

DECLARO QUE HE EXAMINADO EL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ ENTREGADA ES VERDADERA, POR LO QUE APOYAMOS LA DESIGNACIÓN DEL/LA PRESENTE POSTULANTE EN NOMBRE DE NUESTRA INSTITUCIÓN.

Fecha		
Nombre		
Cargo		Firma (Firma autoridad institucional)
Departamento/ Servicio		
E-mail		Timbre (Timbre Institucional)

INFORMACIÓN DEL POSTULANTE

(Debe ser completado por el postulante).

Cargo Actual en la Organización (Servicio/Departamento/Unidad)							
Fecha de ingreso a la institución				Fecha de inicio cargo actual			
Mes		Año		Mes		Año	
Descripción de su Trabajo (Incluya sus responsabilidades, tales como: Unidad de trabajo, número de personas a cargo, metas anuales, etc.)							
Experiencia Laboral (Incluya los cargos que ha ocupado, mencionando año, funciones realizadas).							
Cargo			Fecha		Función		

Nota: Si el postulante es miembro de las Fuerzas Armadas de su país, deberá completar obligatoriamente el Anexo Complementario que se le remitirá oportunamente.

Antecedentes Académicos (Mencione cursos y/o talleres que haya realizado en su país, afines al tema del curso).

Curso y/o Taller	Año de realización y duración	Objetivo del curso y/o taller

Capacitación en el Exterior (Incluya toda capacitación realizada fuera de su país de origen, afines al tema del curso).

Institución	País	Tema	Objetivos

Manejo de Idiomas

Idioma 1	Hablado	Escrito	Leído	Idioma 2	Hablado	Escrito	Leído
Certificado		Cuál		Certificado		Cuál	

Participación en Comisiones de Servicio (Incluya; fecha, país, función, de aquellas afín al tema del curso).

Fecha	País	Función

DECLARACIÓN

DECLARO QUE HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES DE LA CONVOCATORIA Y QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES COMPLETA Y VERDADERA.

Nombre	Fecha	Firma

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?					
SÍ ()		NO ()			
Nombre del medicamento		Dosis			
2. ¿Actualmente está embarazada?		SÍ		NO	Mes de embarazo
<p>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:</p> <p>a) Carta de consentimiento en asumir riesgos económicos y físicos.</p> <p>b) Carta de consentimiento del supervisor de la participante (médico tratante).</p> <p>c) Carta de consentimiento de la participación del curso, por parte del médico tratante.</p>					
3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento y/o alimento				SÍ	NO
Medicamentos		Alimentos		Otros	
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:
Otras condiciones. Especificar:					

CONSENTIMIENTO		
<p>CERTIFICO QUE HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES Y HE ENTREGADO FIELMENTE LA INFORMACIÓN SOLICITADA. ENTIENDO Y ACEPTO QUE UNA CONDICIÓN MÉDICA PRE-EXISTENTE NO INOFRMADA PODRÍA RESULTAR EN LA FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE MI PARTICIPACIÓN EN EL CURSO.</p>		
Nombre	Fecha	Firma