



ANEXO I

FORMULARIO DE POSTULACIÓN IV EDICIÓN DIPLOMADO EN TSUNAMIS “Tsunami en las costas de Latinoamérica y el Caribe: bases científicas, amenaza y vulnerabilidad”

POSTULACIÓN OFICIAL

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

PAÍS, CIUDAD

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE DEL POSTULANTE

Esta organización recomienda la presente postulación de acuerdo con las reglamentaciones del – Proyecto Kizuna “Programa de Formación en Recursos Humanos para Latinoamérica y el Caribe en Reducción del Riesgo de Desastres” de acuerdo a la convocatoria y su correspondiente información general. En caso de resultar seleccionado al Diplomado “Tsunami en las costas de Latinoamérica y el Caribe: bases científicas, amenaza y vulnerabilidad”, el candidato queda autorizado a viajar a Chile en las fechas determinadas por los ejecutores del Diplomado. A su regreso, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y transferencia de los conocimientos recibidos.

Nombre de la Jefatura que patrocina la postulación		Sello oficial <i>(Timbre Institucional)</i>
Cargo e institución		
Correo electrónico		
Fecha	Firma	

PARTE A: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1. Perfil de la institución

a) Nombre de la organización

--

b) Tipo de organización (colocar un "x" en la opción correspondiente)

Gobierno	<input type="checkbox"/>	Académica	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>	Internacional	<input type="checkbox"/>	Otros*	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------	--------------------------

*En caso de ser "otro", indicar:

--

c) Misión de la organización

--

d) Vinculación con la cooperación internacional (colocar un "x" en la opción correspondiente)

Japón	<input type="checkbox"/>	Chile	<input type="checkbox"/>	Otras fuentes	<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

En caso de existir alguna modalidad de cooperación, describa brevemente las principales actividades:

--

2. Objetivo de la postulación

Describa los objetivos estratégicos de su institución ligados a la alerta temprana y gestión de riesgo ante tsunamis, incluido las acciones concretas que la institución desarrollará para lograr los objetivos y las razones de la presentación del candidato.

--

PARTE B: INFORMACIÓN DEL POSTULANTE

1. Información profesional

1) Cargo actual e institución en la cual se desempeña

--

2) Descripción de las funciones

--

3) Experiencia profesional (desde el más actual hacia el más antiguo)

Cargo*	Institución	País	Período	
			Desde	Hasta
<i>Cargo Actual</i>				

*Describir brevemente las funciones.

2. Información académica.

(Solamente estudios universitarios en adelante afín a la temática del Diplomado)

Título obtenido*	Institución	País	Período	
			Desde	Hasta

* Se debe adjuntar certificado de título respectivo.

Otros cursos y capacitaciones

Curso	Institución	País	Período	
			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

3. Información personal.

Apellidos*				
Nombres				
Nacionalidad				
Fecha de nacimiento				
Sexo	Masculino		Femenino	
Nº de pasaporte				
Fecha de vencimiento pasaporte				
Nº de Documento Nacional de Identidad				
Fecha de vencimiento Documento Nacional de Identidad				
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	

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

1. ¿Actualmente utiliza algún medicamento para el tratamiento de alguna condición médica?					
Sí	<input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text" value="Nombre de medicamento y dosis"/>		
No	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Actualmente está embarazada? ¹					
Sí	<input type="checkbox"/>	Meses	<input type="text" value="Especificar meses de embarazo"/>		
No	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento?					
No	<input type="checkbox"/>				
Sí	<input type="checkbox"/>				
4. si respondió Sí en la pregunta número 3, ¿Qué tipo de alergia posee?					
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text" value="Nombre medicamento"/>		
Alimentos	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text" value="Nombre alimento"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	¿Cuál)	<input type="text" value="Especificar"/>		
5. Presenta usted. alguna(s) de las siguientes condiciones de salud:					
- Presión Alta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Observaciones"/>		
- Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Observaciones"/>		
- Problemas Respiratorios	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Observaciones"/>		
- Problemas del tracto digestivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Observaciones"/>		
6. Otras condiciones yo pre-existencia (especificar si hay información relevante que entregar como restricciones alimenticias, alergias, entre otros).					
<input type="text" value="Especificar otra información relevante que la organización deba conocer para el resguardo de su bienestar."/>					

¹ **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; y (3) Carta de acuerdo con la participación en el Diplomado, por parte del médico tratante.

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 Diplomado.

NOMBRE	FECHA	FIRMA

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 es totalmente veraz y corresponde a toda la solicitada.

NOMBRE	FECHA	FIRMA

Declaro tener manejo oral y escrito del idioma español.*

(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.