|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES DEL FUNCIONARIO/A** | | | |
| **Nombre Completo** |  | **Rut** |  |
| **Correo electrónico del funcionario** |  | **Número Telefónico (celular)** |  |
| **Estamento**  *Ejemplo: Directivo, Profesional, Técnico, Administrativo y Auxiliares* |  | **Lugar de Trabajo**  Unidad, Área, Servicio y/o CR. |  |
| **Calidad Contractual**  *Titular, contrata, honorarios* |  | **Antigüedad en el establecimiento** |  |
| **Cargo**  *Ejemplo: Médico, Químico, Bioquímica, Odontólogo, Enfermera, TENS, Psicólogo, Asistente Social, etc.* |  | **Función Principal que Desempeña** |  |
| **Jornada Horas**  *Ejemplo: 44hrs, 33hrs, 22hrs, 11hrs, 22/28hrs, 4to turno, 3er turno* |  | **TURNOS**  *De realizar Turnos el o los días de capacitación, señalar rotativas de esos días (largo-noche-libre)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ANTECEDENTES DE LA ACTIVIDAD:** | | | |
| **Nombre de la Actividad de Capacitación a la que Postula** |  | | |
| **Objetivo de la Actividad** |  | | |
| **Lugar** |  | **Ciudad/ Región/Pais** |  |
| **Modalidad**  **(**presencial, e-learning o mixta) |  | **Nombre Oferente** |  |
| **Horario Inicio-Termino** |  | **Rut del Oferente** |  |
| **Fecha de INICIO del Curso**  (día/mes/año) |  | **Fecha de TERMINO del Curso**  (día/mes/año) |  |
| **Fundamento de la postulación** |  | | |
| **Compromiso post capacitación** |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **V°B° DE JEFATURA DIRECTA**:   IMPORTANTE: LA JEFATURA DEBE **MARCAR CON UNA X** el nivel de prioridad que el funcionario asista al curso | | |
| **Prioridad**  **(**que el funcionario/a asista al curso**)** | Alta Prioridad |  |
| Mediana Prioridad |  |
| Baja Prioridad |  |
| No Prioritario |  |
| **Pertinencia a sus funciones** | Alta Pertinencia |  |
| Mediana Pertinencia |  |
| Baja Pertinencia |  |
| No pertinente |  |
| **Observaciones (En caso de no autorización, explicar los motivos):** |  | |

SE SOLICITA ADJUNTAR PROGRAMA O CONVOCATORIA DEL CURSO/PASANTIA/CONGRESO

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

**Fecha de recepción: V°B° Jefatura Unidad/Depto. de**

**Capacitación**

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

**Firma del/la Postulante V°B° Jefatura Directa del Postulante**