**ANEXO N° 3 – Ficha Derivación Programa Fortalecimiento OMIL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** | {{fecha\_aplicacion }} |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **OMIL de Origen** | |  | **2-Institución de Destino** | |
| Nombre OMIL | **La Cisterna** |  | Nombre Institución | {{nombre\_institucion}} |
| Nombre Funcionario | **Susan Bustos Vidal** |  | Nombre Funcionario | {{nombre\_funcionario}} |
| Dirección | **Avenida El Parrón N° 548.** |  | Dirección | {{direccion\_institucion}} |
| Teléfono |  |  | Teléfono | {{telefono\_institucion}} |
| Correo | **omil@cisterna.cl** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3- Ámbitos de Derivación** | | | |
| **Derivado a Apoyo Sociolaboral** | {{apoyo\_soclab}} | **Derivado a Colocación Laboral** | {{der\_coloc}} |
| **Nivelación de Estudios** | {{nivelación\_estudio}} | **Derivado Entrevista Laboral (empresa)** | {{AD\_DELe}} |
| **Cursos de Capacitación** | {{curso\_cap}} | **Apoyo Social Extra OMIL** | {{apoyosocialextra}} |
| **Evaluación y Certificación de Competencias Laborales** | {{evycertif\_comp }} | **Emprendimiento** | {{emprendimiento}} |

|  |
| --- |
| **4- Motivo de la Derivación** |
| {{mot\_derivacion}} |

Estimada {{ENC\_EMP}}

Me dirijo a usted para presentarle Sr. {{nombre}}; RUT: {{rut}}, quien se ha presentado en nuestra Oficina Municipal de Información Laboral (OMIL) y requiere ser atendido por su institución para mejorar sus condiciones de la empleabilidad.

En caso de tener alguna duda, por favor contáctenos en el teléfono o correo electrónico anteriormente señalado.

Se despide atentamente

|  |
| --- |
| Susan Bustos Vidal |
| Encargada OMIL |