

ANEXO N°1.A: SELECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Programa		Código del curso	
Nombre del Curso		Organismo Ejecutor	
Nombre del Tutor ASL		Fecha de la entrevista	

IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE									
Nombre del participante						RUT del participante			
Fecha de nacimiento				Edad		Nacionalidad			
Domicilio						Comuna			
Correo Electrónico						Teléfono			
Tipo(s) de discapacidad						Registro de discapacidad (%)			
Nivel de estudios	Básicos	Medios		CU TP	Superior	Último curso aprobado			
Interés por nivelar o completar estudios	SI	NO	De qué tipo						
Uso computador	Nulo	Básico	Avanzado	Licencia de conducir	SI	NO	Otro idioma		
Otros cursos realizados									
¿Principal motivación para capacitarse? (Puede seleccionar más de uno)			Para encontrar trabajo		Para formar o mejorar su propio negocio		Para continuar estudios superiores		
Para independizarse económicamente	Como crecimiento personal		Para conocer nuevas personas		Para ocupar el tiempo		Para formalizar mi negocio		Otro:
¿Motivación para este curso?			Tiene altas posibilidades de empleo		Es una temática de mi gusto		Se relaciona con otros aprendizajes que tengo o con mi negocio		No había otra alternativa
Observaciones									

SITUACIÓN PERSONAL									
Jefe/a de hogar	SI	NO	Personas dependientes de Ud. (menores, adultos mayores, PeSD)				Edades		
Situación Familiar		<i>(otras personas dependientes a su cargo, edades, pareja, situación laboral de la pareja)</i>							
¿Quién aporta el principal ingreso en el hogar?					Su madre	Su padre	Su cónyuge/pareja	Usted	Otro
Recibe algún subsidio del Estado	SI	NO	¿Cuál?					Monto	
Es parte del Subsistema Chile seguridades y oportunidades					SI	NO	Certificado que lo acredita		SI NO
Cómo describiría su salud	Buena	Regular	Mala	Justifique					
Observaciones									

EXPERIENCIA LABORAL									
Trabaja actualmente	SI	NO	Nivel de renta mensual						
Tiempo de experiencia laboral	No posee		Menos de tres meses		Más de seis meses	Más de un año	Menos de tres años	Cuatro años y más	
Fecha de término último empleo	Mes:		Año		Tipo de empleo	Formal	Informal	Cuenta propia	
Razones de término de su último trabajo									

Últimos dos trabajos realizados				Formal	Informal	Voluntario	Independiente
				Formal	Informal	Voluntario	Independiente
Tiempo que lleva sin empleo	Más de un mes	Menos de tres meses	Más de seis meses	Más de un año	Menos de tres años	Cuatro años y más	
Ámbito Laboral de Interés	DEPENDIENTE				INDEPENDIENTE		
DEPENDIENTE							
Disponibilidad Jornada Laboral	Completa	Parcial	Turnos	Diurno Vespertino	Cualquiera		

Expectativas de traslado	En su propia casa	A menos de 10 cuadras	No superior a media hora en locomoción	Una hora promedio	Más de una hora
Expectativas de sueldo líquido	\$300.000	Entre \$300.000 a \$500.000	Entre \$501.000 a \$700.00	Sobre \$700.000	
Disponibilidad para horario de práctica laboral	Jornada completa	Media jornada mañana	Media jornada tarde	No tiene	
INDEPENDIENTE					
El participante ya cuenta con un emprendimiento	SI	NO	No formal	Formal	Tiempo
Cuánto tiempo dedicará a su emprendimiento	Tiempo completo	Medio día	Fines de semana	Por Temporada	Algunos días a la semana
Dónde realizará su emprendimiento	En su casa	En su taller	Otro		
Apoyo y organización familiar para integrarse al mundo laboral	Buena	Regular	Mala	Justifique	
Observaciones					
HÁBITOS LABORALES (respecto de su experiencia en trabajos anteriores, formales o informales)					
Asistencia	Buena	Regular	Mala	Justifique	
Puntualidad	Buena	Regular	Mala	Justifique	
Organización	Buena	Regular	Mala	Justifique	
Relaciones laborales con jefaturas	Buena	Regular	Mala	Justifique	
Relaciones laborales con compañeros	Buena	Regular	Mala	Justifique	
Observaciones:					
HÁBITOS DE ESTUDIO (Solo para Continuidad de E. y LTP)					
¿Cuáles eran sus hábitos de estudios durante la enseñanza media?					
Identifique sus debilidades y fortalezas en materias de estudio:					
Señale sus principales desafíos para enfrentar la educación superior:					
Observaciones:					
EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES					
¿Conoce los beneficios de la Evaluación y Certificación de competencias?	SI		NO		
¿Estaría interesado/a en evaluar y certificar sus competencias?	SI		NO		
Lugar de la entrevista:					
Fecha de la entrevista:			Hora de inicio de la entrevista:		
			Hora de término de la entrevista:		
Firma del participante:					
Firma del Tutor de Apoyo Sociolaboral:					