FORMULARIO DE INSCRIPCION CURSOS U. VIRTUAL

Completar y entregar a Capacitación

Plazo de entrega \_16\_/03\_\_/2018\_\_

2018

Nombre del Curso al cual postula: \_\_Herramientas de Facilitación Lingüística para funcionarios de salud en Kreyol Ayisyen

Mes de realización del curso al que postula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ABRIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación del Alumno (a)

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |

R.U.T:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situación Contractual

|  |
| --- |
| Titular:\_\_\_\_ Contrata:\_\_\_\_ Honorario:\_\_\_\_ Reemplazo (indicar cuanto tiempo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Unidad de Desempeño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Teléfono de la Unidad:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Celular:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Correo electrónico:

(\*) Información de carácter OBLIGATORIA

Compromiso de Participación del Alumno (a)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo a participar de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Reconociendo lo especificado en el Artículo N°31 del Estatuto Administrativo¹ sobre los deberes de los funcionarios que participan en actividades de capacitación.

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

FIRMA FUNCIONARIO

IMPORTANTE:

1.- En el caso de ser inscrito en un curso y no terminarlo sin que medie una causa fundada e informada a través del formulario de justificación, al Dpto. de Capacitación y Desarrollo del Talento, se registrará como “DESERTOR” en la hoja de vida laboral del funcionario.

2.- Para lograr el Cumplimiento de la Meta Sanitaria (Ley 19.937), que se paga en el bono trimestral (si corresponde) es importante que cada Funcionario participe en 1 actividad del programa Anual de Capacitación del Hospital San Juan de Dios – CDT en los Lineamientos Estratégicos Ministeriales asociados al logro de la meta.

¹Art. Nº31: Los funcionarios seleccionados para seguir cursos de capacitación tendrán la obligación de asistir a éstos, desde el momento que hayan sido seleccionados, y los resultados deberán ser considerados en sus calificaciones. Lo anterior implicará la obligación del funcionario de continuar desempeñándose en la institución respectiva o en otra de la Administración del Estado a lo menos el doble del tiempo de extensión del curso de capacitación. El funcionario que no diere cumplimiento a lo expuesto en el inciso precedente, deberá reembolsar a la institución a la institución que corresponda todo gasto en que ésta hubiese incurrido con motivo de la capacitación. Mientras no efectuare este reembolso, la persona quedará inhabilitada para volver a ingresar a la Administración del Estado, debiendo la autoridad que corresponda informar de este hecho a la Contraloría General de la República (Estatuto Administrativo).