

Completar y entregar a Capacitación a más tardar el día 20 de Abril de 2018

Subdirección de Recursos Humanos

Depto. Gestión de Competencias

Unidad de Capacitación Red

Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD)

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN

“Plan de Formación en Probidad y Transparencia para Funcionarios Públicos de Salud”

Identificación del Alumno (a)

Nombre Completo: …………………………………………………………….………………………

R.U.N. : …………………………….-…… Fecha Nacimiento.…………………………………..

Cargo: ……………………….Estamento………………………Profesión……………………………

Calidad Jurídica……………………Grado……… Establecimiento: ……………………………

Unidad de Desempeño……………………………………….Teléfono …………………………….

Correo-electrónico...……………………………………………………………………………………

Compromiso de Participación del Alumno (a)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo a participar de la actividad “Plan de Formación en Probidad y Transparencia para Funcionarios Públicos de Salud” Reconociendo lo especificado en el Artículo N°31 del Estatuto Administrativo sobre los deberes de los funcionarios que participan en actividades de capacitación.

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

FIRMA

Toma de Conocimiento de Jefatura Directa

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jefe directo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro y tomo conocimiento que participará de la actividad “Plan de Formación en Probidad y Transparencia para Funcionarios Públicos de Salud”, permitiendo que cumpla con todas las actividades definidas para este Curso.

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

FIRMA