

Completar y entregar a Capacitación a más tardar el 09 de Mayo de 2017, postulando sólo a 1 actividad por funcionario.

Subdirección de Recursos Humanos

Depto. Gestión de Competencias

Unidad de Capacitación Red

FORMULARIO DE POSTULACION

Indicar Nombre del Curso:”…………………………………………………………………………………”

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……………………………………………………………………………. ………………………………………………………………. 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 en el Curso…………………………………………………………………………. ………………………………………………………, permitiendo que cumpla con todas las actividades definidas para este Curso.

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

FIRMA