**FICHA DE POSTULACION ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN**

**SERVICIO DE SALUD O’HIGGINS**

**1. DATOS DEL POSTULANTE – ESCRIBIR CON LETRA LEGIBLE- DEBE SER ENTREGADA FIRMADA**

| NOMBRE DEL POSTULANTE: |
| --- |
| R.U.T. |
| CARGO: |
| UNIDAD / SERVICIO / DEPARTAMENTO: |
| ESTABLECIMIENTO: |
| ESTAMENTO (PROF, TEC, ADM, AUX, O.L.): |
| CALIDAD JURIDICA (TITULAR, CONTRATA, HONORARIO): |
| LEY: |
| CORREO ELECTRONICO: |
| CELULAR CONTACTO: |
| NACIONALIDAD: |

**2. DATOS ACTIVIDAD A LA QUE POSTULA**

| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: | | |
| --- | --- | --- |
| FECHA DE EJECUCIÓN: | | |
| LUGAR DE REALIZACIÓN: | | HRS. PEDAGÓGICAS: |
| **LEY 21.015 DE INCLUSION LABORAL**: FAVOR INDICAR SI USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD (Especificar Discapacidad Física o movilidad reducida. Auditiva. Visual. Lenguaje de Señas. Intelectual)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lo anterior para adoptar las medidas pertinentes, de manera de garantizar su asistencia al PAC. | | |
| **Consideraciones Importantes:**   * Art.31 Estatuto Administrativo: La asistencia a la Capacitación desde el momento que el funcionario está inscrito en un curso es **OBLIGATORIA.** * Los cursos pertenecientes al **Programa Anual de Capacitación**, resguardan la alimentación (tarjeta contra asistencia) y la devolución de pasajes de los funcionarios/as asistentes. Los gastos por concepto de viáticos y/o devolución de gasolina no están considerados. | | |
| FIRMA DEL POSTULANTE |  | |
| **Vº Bº JEFE DIRECTO NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE** (REQUISITO EXCLUYENTE) |  | |
| FECHA DE PRESENTACION FICHA: |  | |