**FICHA DE POSTULACIÓN A CURSOS DEL PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2024**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.DATOS DE IDENTIFICACION FUNCIONARIO/A** | | | | | | |
| **NOMBRE** | |  | | | | |
| **APELLIDOS** | |  | | | | |
| **RUN** | |  | | **ESTAMENTO** |  | |
| **CATEGORIA** | |  | | **CALIDAD JURIDICA** |  | |
| **TELEFONO** | |  | | **NIVEL** |  | |
| **EMAIL** | |  | | | | |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD/CURSO** | | | |  | | |
| **¿Ha realizado anteriormente esta capacitación?** | | | | |  | |
| **Si su respuesta es “SI”, mencione el año de realización** | | | | |  | |
| **FECHAS DE LA ACTIVIDAD** | | | | **HORARIO** | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| **¿Qué funciones de las que Ud. Realiza se relacionan con los temas de esta Capacitación?** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 1. **AUTORIZACIÓN DE JEFATURA DIRECTA** | | | | | | |
| **¿AUTORIZA?** | | **JUSTIFICACION (EN CASO DE QUE NO AUTORICE)** | | | | |
| **SI** | **NO** |  | | | | |
|  |  |
| **Nº MAXIMO DE PARTICIPANTES DE SU UNIDAD AUTORIZADOS PARA PARTICIPAR** | | | | | |  |
| **NOMBRE DE JEFATURA** | | |  | | | |