### ***Formulario de postulación.***

#### Anexo 1

(para ser firmado y confirmado por la máxima autoridad de la institución)

1. Título del curso:

|  |
| --- |
|  |

2. País solicitante:

|  |
| --- |
|  |

3. Nombre de la institución solicitante:

|  |
| --- |
|  |

5. Apellidos y nombres de los candidatos (en orden de prioridad):

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | 4) |
| 2) | 5) |
| 3) | 6) |

Este organismo recomienda la presente postulación, de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Capacitación para Terceros Países del Programa de Asociación entre Japón y Argentina (PPJA), que figuran en el material explicativo del curso mencionado. En caso de ser aceptada la postulación, el candidato queda autorizado a viajar a la República Argentina en las fechas estipuladas. A su regreso, este organismo se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y difusión de la capacitación recibida.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: |  | | Firma: |  | | |
| Nombre: |  | | | | | |
| Cargo |  | | | | | Sello oficial |
| Datos de contacto de la máxima autoridad: | Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal): | | | | |
| Teléfono (incluir código de país y código de área): | Fax (incluir código de país y código de área):: | | | E-mail: | |

|  |
| --- |
| Parte A: Información sobre la institución. |

(para ser confirmado por autoridad del área/dirección/división)

|  |
| --- |
| 1. Perfil de la institución. |

1. Nombre de la institución:

|  |
| --- |
|  |

1. Misión de la institución y del área/dirección/división:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 2. Objetivo de la postulación. |

1) Describa la situación actual de su institución con relación al contenido del curso de capacitación, haciendo referencia a necesidades o problemas concretos a ser tratados en el curso.

|  |
| --- |
|  |

2) Describa los objetivos que su organización espera alcanzar al participar en el presente programa de capacitación:

|  |
| --- |
|  |

3) Describa de qué manera su institución hará un buen uso de los conocimientos adquiridos en el curso de capacitación, en referencia a las necesidades o problemas antes mencionados.

|  |
| --- |
|  |

4) Describa las razones por las cuales se ha seleccionado al candidato, haciendo referencia a los siguientes puntos: 1) Requisitos del curso, 2) Capacidad /Cargo o responsabilidad en la institución, 3) Planes futuros del candidato de regreso de su participación en el programa de capacitación, 4) Plan de la Institución y 5) Otros. En caso de más de un postulante, indicar orden de prioridad.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Parte B: Información del candidato. |

(para ser completado por el/la postulante)

1) Datos del candidato (tal como figura en su pasaporte).

Apellidos.

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

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

Nombres.

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

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

2) Nacionalidad (tal como figura en su pasaporte).

**Adjuntar foto actual del candidato aquí.**

**Tamaño: 4 x 4 cm**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número de identidad o pasaporte: |  |
| Fecha de vencimiento del pasaporte: |  |
| Nota: Adjuntar fotocopia de pasaporte o documento de identidad de viaje. | |

|  |  |
| --- | --- |
| Aeropuerto Internacional de partida más cercano al su domicilio de residencia. |  |

3) Fecha de nacimiento.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Día | Mes | Año | Edad |
|  |  |  |  |

*(Marcar con “X” en los paréntesis correspondientes).*

4) Cargo actual.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución. |  | | | | | | | | |
| Departamento/  Área/División. |  | | | | | | | | |
| Cargo actual. |  | | | | | | | | |
| Fecha de ingreso a la institución. | | Día | Mes | Año | Fecha de inicio en el cargo actual. | | Día | Mes | Año |
|  |  |  |  |  |  |
| Estabilidad laboral: | | Personal Permanente ( ) | | | | Contratado ( ) | | | |

5) Tipo de organización.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Gobierno nacional | ( ) Gobierno local | ( ) empresa/institución pública |
| ( ) Privado | ( ) ONG | ( ) Universidad |
| ( ) Otros ( ) | | |

6) Descripción de su responsabilidad en el cargo actual y actividades que realiza.

|  |
| --- |
|  |

7) Información de contacto del postulante.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Laboral. | Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal): | |
| Teléfono (incluir código de país y código de área): | Teléfono celular (incluir código de país y código de área): |
| Fax (incluir código de país y código de área): | e-mail: |
| Particular. | Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal): | |
| Teléfono (incluir código de país y código de área): | Teléfono celular (incluir código de país y código de área): |
| Fax (incluir código de país y código de área): | e-mail: |
| Persona de contacto en caso de emergencia. | Nombre:  Parentesco: | |
| Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal): | |
| Teléfono (incluir código de país y código de área): | Teléfono celular (incluir código de país y código de área): |
| Fax (incluir código de país y código de área): | e-mail: |

8) Antecedentes laborales (relacionados al tema de la capacitación a la que aplica).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organismo/Institución. | Ciudad/País. | Período. | | Descripción del cargo y responsabilidades. |
| Desde  mes/año | Hasta  mes/año |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

9) Antecedentes académicos.

Formación académica (solamente estudios universitarios/terciarios en adelante).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Ciudad/País | Período | | Título obtenido |
| Desde  mes/año | Hasta  mes/año |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Estudios en otros países (incluir estudios en Argentina y Japón).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Ciudad/País | Período | | Área de estudio / Título o certificado obtenido |
| Desde  mes/año | Hasta  mes/año |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

10) Nivel de conocimientos de idioma español (para completar solamente por los candidatos de lengua materna diferente al español).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Conversación | ( ) Excelente | ( ) Bueno | ( ) Regular | ( ) Bajo |
| Lectura | ( ) Excelente | ( ) Bueno | ( ) Regular | ( ) Bajo |
| Escritura | ( ) Excelente | ( ) Bueno | ( ) Regular | ( ) Bajo |
| 2) Lengua materna |  | | | |
| 1. Otros idiomas ( ) | ( ) Excellent | ( ) Good | ( ) Fair | ( ) Poor |

Adjuntar copia de comprobante que certifique el nivel de conocimientos de idioma español.

11) Expectativas en el Programa de Capacitación para Terceros Países del PPJA.

a) Meta personal: Describa cuáles son sus expectativas relacionadas al tema del curso y al objetivo de su institución.

|  |
| --- |
|  |

b) Antecedentes profesionales: Experiencia más relevante relacionada al tema del curso

|  |
| --- |
|  |

c) Área de interés: Describa los temas de interés particular con referencia a los contenidos del curso y su relación con su actual responsabilidad laboral.

|  |
| --- |
|  |

11) Adjuntar Curriculum Vitae (máx. 3 páginas).

DECLARACION (para ser firmada por el candidato).

Certifico que todas las declaraciones realizadas en el presente formulario son verdaderas y reales.

En el caso de ser aceptada mi solicitud para participar en el Programa de Capacitación, declaro cumplir con las instrucciones y condiciones estipuladas por ambos gobiernos argentino y japonés en el marco del Programa de Capacitación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | |
| Firma: |  | Fecha: |  |

|  |
| --- |
| Historia Médica. |

(Para ser completada y firmada por el candidato)

1. Estado de salud actual.

1. ¿Utiliza alguna medicina o debe regularmente visitar a su médico por alguna enfermedad?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) No | ( ) Si | Nombre de la enfermedad: |
| Nombre del medicamento: |
| *Si su respuesta es “Si”, adjuntar un certificado médico con la descripción de su estado de salud actual y la aprobación de su médico para participar en el curso.* | |

1. ¿Está Ud. embarazada?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) No | ( ) Si | Cantidad de semanas: ( semanas ) |
| *Si su respuesta es “Si”, adjuntar un certificado con la aprobación de su médico para participar en el curso.* |

1. ¿Es Ud. Alérgico a alguna medicación o alimento?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) No | ( ) Si | ¿Cuál/cuáles? : |

1. Grupo Sanguíneo y Factor RH:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grupo | ( ) | Factor RH: | ( ) |

2. Historia médica pasada.

1. ¿Ha sufrido alguna enfermedad de relevancia?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) No | ( ) Si | Especificar: |

Si sufre algún problema de salud no indicado más arriba, por favor descríbala en el siguiente cuadro:

|  |
| --- |
|  |

**CERTIFICO que he leído las instrucciones correspondientes a la presente Historia Médica y he respondido todas las preguntas apropiadamente.**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: | Firma del candidato: |
| Nombre completo del candidato: |