

**ANEXO I**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**“PASANTÍA PARA DEFENSORES PÚBLICOS OFICIALES DEL MERCOSUR”**

**POSTULACIÓN OFICIAL**

*(Firmado y confirmado por la máxima autoridad de la institución)*

**PAÍS, CIUDAD**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRE DEL POSTULANTE**

Esta organización recomienda la presente postulación de acuerdo a la convocatoria de la presente pasantía y su correspondiente información general. En caso de resultar seleccionado/a para participar de la Pasantía, el/la candidata/a queda autorizado/a a viajar a Chile en las fechas determinadas indicadas. A su regreso, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para socializar la experiencia y los conocimientos adquiridos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la persona que firma |  | | Sello oficial |
| Cargo |  | |
| Correo electrónico |  | |
| Fecha | | Firma | |

**PARTE A: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

1. Perfil de la institución
2. Nombre de la organización

|  |
| --- |
|  |

1. Misión de la organización

|  |
| --- |
|  |

1. Objetivo de la postulación

Describa los objetivos estratégicos de su institución ligados y suyos a los cuales contribuiría la presente Pasantía.

|  |
| --- |
|  |

**PARTE B: INFORMACIÓN DEL POSTULANTE**

1. Información profesional
2. Cargo actual

|  |
| --- |
|  |

1. Descripción de las funciones

|  |
| --- |
|  |

1. Experiencia profesional

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cargo\*  (desde el más reciente al más antiguo acorde a la actividad académica) | Institución | País | Período | |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Describir brevemente las funciones.

1. Información académica.

(Solamente estudios universitarios en adelante)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Título obtenido\* | Institución | País | Período | |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Se debe adjuntar certificado de título respectivo.

Otros cursos y capacitaciones

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Curso | Institución | País | Período | |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Información personal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos\* |  | | | |
| Nombres |  | | | |
| Nacionalidad |  | | | |
| Fecha de nacimiento |  | | | |
| Sexo | Masculino |  | Femenino |  |
| Nº de pasaporte |  | | | |
| Fecha de vencimiento pasaporte |  | | | |
| N° de Documento Nacional de Identidad |  | | | |
| Fecha de vencimiento Documento Nacional de Identidad |  | | | |
| Dirección particular |  | | | |
| Ciudad |  | | | |
| Teléfono de contacto |  | | | |
| Mail de contacto\*\* |  | | | |

\*Entregar información tal como figura en el pasaporte.

\*\*A esta dirección de correo electrónico le será remitida toda la información en caso de selección. Se ruega dar un mail que revise de manera constante.

Persona a notificar en caso de emergencia:

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos |  |
| Nombres |  |
| Relación con el postulante |  |
| Dirección particular |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Mail de contacto |  |

**Historial médico (**En caso de presentar alguna de las condiciones de salud mencionadas más abajo, presentar certificado médico).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ¿Actualmente utiliza algún tipo de medicamento para el tratamiento de alguna condición médica? (Dar nombre del medicamento y dosis). | | |
| Nombre Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1. ¿Actualmente está embarazada?   NOTA IMPORTANTE: en caso que una postulante se encuentre embarazada y con el objeto de minimizar el riesgo a su salud, se requiere sin falta adjuntar los siguientes documentos:   1. Carta de consentimiento en asumir riesgos económicos y físicos, 2. Carta de consentimiento del supervisor de la participante 3. Carta de acuerdo con la participación en la Pasantía, por parte del médico tratante. | | |
| ( ) Sí ( ) No Mes de embarazo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? | | |
| ( ) Sí ( ) No  ( ) Medicamentos ( ) Alimentos ( ) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 4. Presenta algunas de las siguientes condiciones de salud: | | |
| * Presión alta | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Diabetes | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Problemas Respiratorios | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Problemas del Tracto digestivo | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.- Otras condiciones (especificar si hay información relevante que entregar como restricciones alimenticias, alergias, entre otros). | | |
|  | | |

Certifico que he leído las instrucciones anteriores y he entregado fielmente la información solicitada. Entiendo y acepto que una condición médica pre-existente no informada podría, bajo mi responsabilidad, resultar en la finalización anticipada de mi participación en la Pasantía.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **FECHA** | **FIRMA** |
|  |  |  |

**DECLARACIÓN**

(Firmada por el postulante)

Declaro que he leído la convocatoria con todas sus instrucciones y correspondientes anexos y que la información entregada en el presente formulario es totalmente veraz y corresponde a toda la solicitada.

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