**ANEXO I**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

**II CURSO INTERNACIONAL MDSF-AGCID-JICA**

**“DESARROLLO DE CAPACIDADES EN LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE RIESGO DE DESASTRES (RRD) A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA”**

2023

**INSTRUCCIONES**

Remitir al correspondiente Punto Focal AGCID de su país (Anexo IV) en la fecha establecida por éste, debidamente llenado y firmado en original en papel y digital. Adjuntar además todos los documentos escaneados en un CD (o equivalente) rotulado con el nombre del candidato, nombre del curso y año de realización.

**1- Antecedentes Personales**

| País: | | | | FOTO ACTUAL | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identificación del participante (Nombre completo): | | | |
| Institución patrocinadora (donde trabaja): | | | |
| Cargo en institución patrocinadora: | | | |
| Titulo Profesional: | | | |
| Postgrados: | | | |
| Cursos de evaluación social de proyectos (efectuados):  *(Nombre del curso y fecha de realización)* | | | |
| Cursos de riesgo de desastres o cambio climático (efectuados):  *(Nombre del curso y fecha de realización)* | | | |
|  | | | |
| **DIRECCIONES** | **FECHA DE NACIMIENTO** | | | | **SEXO** | |
| **a) LABORAL (calle, n°, ciudad)** | Día | Mes | Año | Edad | Masculino |  |
|  |  |  |  |  | Femenino |  |
| **ESTADO CIVIL LEGAL** | Soltero(a) | Casado(a) | Divorciado(a) | Viudo(a) | |
|  |  |  |  | |
| Teléfono laboral: (anteponer código del país y ciudad) | | | | | | |
| E-mail laboral:  E-mail personal: | | | | | | |

| Persona a quien notificar en su país en caso de emergencia |
| --- |
| Nombre: |
| Relación con usted: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| E-mail: |

**2- Información de la organización patrocinante**

*(Debe ser completado y firmado por el Director de la Organización o Jefe de Servicio)*

| **Nombre de la Organización:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Organización: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gubernamental |  | | | Pública | |  | Privada | |  | | Internacional | |  | Otros | |  |
| **Misión de la Institución:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Objetivos estratégicos de la institución ligados con el curso.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Describa las acciones concretas que desarrollaría la institución para lograr la implementación del perfil del plan de acción (proyecto, programa, plan de actividades). Según anexo II** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vinculación de la Organización con Cooperación Internacional** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proyecto Cooperación con Japón | | |  | | Actividades de cooperación con Chile | | |  | | Otras fuentes de  cooperación | |  | | | Ninguna |  |
| **Describa brevemente las principales actividades realizadas por la institución a través de la cooperación internacional** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3.- Antecedentes Profesionales**

| Cargo actual la organización (Servicio/Departamento/Unidad) | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| Fecha de ingreso a la Institución | | | | Fecha inicio cargo actual | | | |
| Mes |  | Año |  | Mes |  | Año |  |

| **Descripción de su trabajo**  (Incluyendo sus responsabilidades e información como: unidad de trabajo, número de personas a su cargo, proyectos que desarrolla, etc.) | | |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Experiencia Profesional**  N° evaluación de proyectos, evaluación social de proyectos y evaluación de riesgo de desastres | | |
|  | | |
| **Capacitación o Estudios en el Exterior** | | |
| **Institución** | **País** | **Tema** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4- Confirmación de la institución**

Declaro que he examinado el presente documento y que la información aquí entregada es verdadera, por lo que apoyamos la postulación de este profesional en representación de nuestra institución y el caso de ser seleccionado se le otorgarán las facilidades para participar en el programa académico e implementar su plan de acción**.**

| Fecha |  | Firma |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | Timbre |
| Cargo |  | |
| Departamento/  Servicio |  | |

**5- Declaro que he leído las instrucciones de la convocatoria y que la información entregada en el presente formulario es completa y verdadera**

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