**ANEXO 1**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

CURSO DEL TERCER PAÍS SOBRE EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EL MEJORAMIENTO DEL APOYO NACIONAL PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

**IMPORTANTE:** Por favor complete este **Formulario de Postulación**adjunte al mismo, todos los documentos señalados en la Convocatoria del Curso. El formulario es individual; se tiene que completar uno por cada postulante. La información aquí presentada deberá ser fidedigna y actualizada.

|  |
| --- |
| **POSTULACION OFICIAL** |

**(Para ser firmado y confirmado por el supervisor inmediato del postulante)**

1. **País:**
2. **Nombre de la institución solicitante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Nombres y Apellidos del candidato postulado**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segundo Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta institución recomienda la presente postulación, de acuerdo con las reglamentaciones que figuran en la convocatoria del curso mencionado. En caso de ser aceptada la postulación, el candidato queda autorizado a participar en el curso virtual en las fechas estipuladas. Al culminar el curso, el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) se compromete a brindar el apoyo necesario al participante en la elaboración y seguimiento del proyecto presentado por esta institución para ser desarrollado según las temáticas propuestas.

**Para ser llenado por el supervisor/jefe del postulante:**

País:

Fecha:

Nombre Completo:

Cargos

Direccion:

Teléfonos (incluye el código de área)

Correo electrónico:

Firma Sello Oficial

**PARTE A: INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN**

(Para ser confirmado por la autoridad del área/dirección/división)

1. **Perfil de la institución:**
   1. **Nombre de la institución**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. **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.**

**En caso de más de un(a) postulante, indicar el orden de prioridad de este(a) candidato(a).**

**PARTE B: INFORMACIÓN DEL CANDIDATO**

(Para ser completado por el postulante)

1. **Nombre del candidato(a) (tal como figura en su cédula de identidad personal)**
2. **Datos Personales *(Marcar con “X” o “***✔***” en los paréntesis correspondientes)***
   1. **Cédula o documento de identidad personal**:
   2. **Género**

( ) Masculino

( ) Femenino

( ) No binario

* 1. **Estado civil**

( ) Soltero

( ) Casado

( ) Otro

* 1. **Fecha de nacimiento:** Día / Mes / Año
  2. **Condición étnico racial**

( ) Indígena

( ) Negro (a) o afrodescendientes

( ) Mulato (a)

( ) Origen asiático

( ) Mestizo (a)

( ) Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) No sabe – No responde

1. **Situación de discapacidad (Marcar con “X” o “✔” en los paréntesis correspondientes)**
   1. **Tiene dificultad para ver, aun con los anteojos o lentes puestos**

( ) No, no tengo ninguna dificultad

( ) Sí, tengo cierta dificultad

( ) Sí, tengo mucha dificultad

( ) No puedo hacerlo

* 1. **Tiene dificultad para oír, aun si utiliza un audífono**

( ) No, no tengo ninguna dificultad

( ) Sí, tengo cierta dificultad

( ) Sí, tengo mucha dificultad

( ) No puedo hacerlo

* 1. **Tiene dificultad para caminar o para subir gradas**

( ) No, no tengo ninguna dificultad.

( ) Sí, tengo cierta dificultad

( ) Sí, tengo mucha dificultad

( ) No puedo hacerlo

* 1. **Tiene dificultad para recordar o concentrarse**

( ) No, no tengo ninguna dificultad.

( ) Sí, tengo cierta dificultad

( ) Sí, tengo mucha dificultad

( ) No puedo hacerlo

* 1. **Tiene dificultad para realizar actividades de cuidado personal como bañarse, vestirse o ir al baño**

( ) No, no tengo ninguna dificultad

( ) Sí, tengo cierta dificultad

( ) Sí, tengo mucha dificultad

( ) No puedo hacerlo

* 1. **Tiene dificultad para comunicarse usando su lenguaje habitual**

( ) No, no tengo ninguna dificultad

( ) Sí, tengo cierta dificultad

( ) Sí, tengo mucha dificultad

( ) No puedo hacerlo

1. **Descripción de los ajustes razonables para la participación en cursos virtuales**
2. **Cargo actual**
   1. **Institución:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. **Departamento/Área/División:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   3. **Cargo actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   4. **Fecha de ingreso a la institución:** Día / Mes / Año
   5. **Fecha de inicio en el cargo actual:** Día / Mes / Año
   6. **Relación laboral:**

( ) Permanente

( ) Contratado

1. **Tipo de organización**

() Gobierno nacional

( ) Gobierno local

( ) Empresa/institución pública

( ) Privado

( ) ONG

( ) Universidad

( ) Otros

1. **Descripción de su responsabilidad en el cargo actual y actividades que realiza**
2. **Información de contacto**
   1. **Datos personales**

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):

Correo electrónico

* 1. **Datos del ámbito 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):

Correo electrónico:

* 1. **Persona de contacto en caso de emergencia**

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):

Correo electrónico:

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

Para cada uno de los antecedentes laborales responda los apartados 9.1 al 9.4

* 1. **Experiencia laboral**
  2. **Organismo/Institución**
  3. **Ciudad/País**
  4. **Descripción del cargo y responsabilidades**

Nota agregar las fechas de ingreso y salida de cada cargo o responsabilidades.

1. **Antecedentes académicos** (solamente estudios universitarios/terciarios en adelante)

Para cada uno de los antecedentes laborales responda los apartados 10.1 al 10.3

* 1. **Título obtenido**

Nota agregar el periodo desde el inicio hasta la graduación o finalización

* 1. **Institución**
  2. **Ciudad/País**

1. **Estudios o Capacitaciones en otros países** (incluir estudios en Costa Rica y Japón).

Para cada uno de los antecedentes laborales responda los apartados 11.1 al 11.3

* 1. **Área de estudio / Título o certificado obtenido**

Nota agregar el periodo desde el inicio hasta la graduación o finalización.

* 1. **Institución**
  2. **Ciudad/País**

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

Lengua materna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Conversación**

( ) Excelente

( ) Bueno

( ) Regular

( ) Bajo

* 1. **Lectura**

( ) Excelente

( ) Bueno

( ) Regular

( ) Bajo

* 1. **Escritura**

( ) Excelente

( ) Bueno

( ) Regular

( ) Bajo

Otros idiomas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Excelente

( ) Bueno

( ) Regular

( ) Bajo

En caso de que su lengua materna no sea el español, favor de adjuntar copia de comprobante que certifique el nivel de conocimientos de idioma español.

1. **Expectativas de las personas solicitantes** 
   1. **Meta personal:** Describa cuáles son sus expectativas relacionadas al tema del curso y al objetivo de su institución.
   2. **Antecedentes profesionales:** Experiencia más relevante relacionada al tema del curso.
   3. **Área de interés:** Describa los temas de interés particular con referencia a los contenidos del curso y su relación con su actual responsabilidad laboral.
2. **Adjuntar Hoja de Vida (máx. 3 páginas).**
3. **Consentimiento informado (para ser firmada por el candidato o candidata).**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento del uso de la imagen**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vecino/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_\_ de octubre del 2023, en mi condición de persona solicitante de la participación del **CURSO TERCER PAÍS SOBRE EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EL MEJORAMIENTO DEL APOYO NACIONAL PARA LA VIDA INDEPENDIENTE** brindo mi consentimiento para grabar cada una de las sesiones yautoriza al Consejo Nacional de Personas con Discapacidad al uso de imagen de forma gratuita para difundir productos informativos sobre las actividades relacionadas mediante mensajes en redes sociales y el material impreso para incentivar la participación de próximas personas becarias en ediciones posteriores y rendición de cuentas de los resultados esperados.

Para lo cual libero de toda responsabilidad a los funcionarios y personas autorizadas del Ministerio de Educación Pública que trabajarán en la organización del **CURSO TERCER PAÍS SOBRE EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EL MEJORAMIENTO DEL APOYO NACIONAL PARA LA VIDA INDEPENDIENTE** en la medida que las imágenes o audiovisuales no sean utilizadas para fines comerciales.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de persona solicitante

1. **Declaración (para ser firmada por el candidato o candidata).**

**Declaración Jurada y Uso de Información**

**Ley número 8968 de Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vecino/a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_\_ de octubre del 2023, en mi condición de persona solicitante de la participación del **CURSO TERCER PAÍS SOBRE EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EL MEJORAMIENTO DEL APOYO NACIONAL PARA LA VIDA INDEPENDIENTE**;hago constar que doy el consentimientosobre el uso de la información al personal funcionario y base de datos del Subproceso de Asuntos Internacionales y Cooperacion Externa del Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONAPDIS) con el fin de realizar las gestiones de la redición de cuentas ante las autoridades nacionales y socios implementadores.

Dicha información sensible relacionada con esta solicitud la he brindado de forma **voluntaria**, es de carácter confidencial e intransferible de acuerdo con las garantías constitucionales de la Constitución Política de Costa Rica y según La Ley Número 8968 de Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de persona solicitante