**Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas**

**Unidad de Capacitación**

**Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria**

**CARTA COMPROMISO**

**FUNCIONARIOS/AS PARTICIPANTES LEY 18.834, LEY 19.664 Y 15.076**

|  |  |
| --- | --- |
| **CURSO** |  |
| **HORAS DEL CURSO** |  |
| **FECHA DEL CURSO** |  |

Por la presente yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, funcionario/a del Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria, me comprometo a participar en esta actividad, dando cumplimiento a los requerimientos del Curso, Reglamento adjunto, así como a los requisitos de evaluación, por lo que tomo conocimiento del Articulo N.º 31 del Estatuto Administrativo. Párrafo 3º DE LA CAPACITACION, que señala:

**ARTICULO 31: Los funcionarios seleccionados para seguir cursos de capacitación tendrán la obligación de asistir a estos, desde el momento en que hayan sido seleccionados, y los resultados obtenidos deberán considerarse en sus calificaciones.**

**Lo anterior, implicará la obligación del funcionario de continuar desempeñándose en la institución respectiva o en otra de la Administración del Estado a lo menos el doble del tiempo de extensión del curso de capacitación.**

**El funcionario que no diere cumplimiento a lo dispuesto en el inciso precedente deberá reembolsar a la institución que corresponda todo gasto en que esta hubiere incurrido con motivo de la capacitación. Mientras no efectuare este reembolso, la persona quedará inhabilitada para volver a ingresar a la Administración del Estado, debiendo la autoridad que corresponda informar este hecho a la Contraloría General de la República.**

Asimismo, me comprometo que de estar imposibilitado(a) para participar de esta actividad, por razones justificadas o de fuerza mayor, daré aviso de la situación a mi Jefatura Directa, con copia a la Unidad de Capacitación con la debida anticipación (72 horas antes del inicio del curso), al objeto de que pueda participar otra persona en calidad de reemplazante. De no cumplir con este procedimiento, asumo que quedare registrado (a), en mi hoja de vida, como desertor (a) de esta actividad. Además, se deberá realizar la devolución del material de estudio entregado.

**FIRMA INTERESADO/A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**