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

**Unidad de Capacitación**

**Centro Metropolitano de Atención Prehospitalaria**

**POSTULACIÓN A CURSOS PRESENCIALES PAC 2019**

Estimada y Estimado Funcionario, a través de este Formulario usted puede postular a los Cursos Presenciales del PAC 2019. La selección se realizará de acuerdo con el perfil de los destinatarios y a los cupos disponibles de cada actividad. **No se aceptarán las Fichas de Postulación sin las firmas correspondientes**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Postulante** |  | |
| **RUT** |  | |
| **Fecha de Ingreso** |  | |
| **Estamento** |  | |
| **Departamento / Unidad** |  | |
| **Calidad Jurídica** | **Titular** | **Contrata** |
| **Correo electrónico Institucional** |  | |
| **Teléfono (MINSAL o Celular)** |  |  |
| **Turno/Rotativa** |  |  |
| **Libre día de Capacitación** | **SI** | **NO** |
| **Nombre del Curso:** | | |
| **¿Cuál es su principal motivación para postular a este Curso?** | | |
|  | | |
| **¿Cómo este curso mejorará el desempeño de sus funciones, responsabilidades, calidad de vida laboral y/o personal?** | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| TOMA DE CONOCIMIENTO  JEFATURA DIRECTA  (NOMBRE, FIRMA y TIMBRE) | **FIRMA POSTULANTE** |

**Fecha:**

**Enviar firmada y en original** a Unidad de Capacitación y Formación SAMU.