

Programa de Asociación entre Japón y Argentina - PPJA

Formulario de Aplicación para el Programa de Capacitación para Terceros Países

POSTULACION OFICIAL

(para ser firmado y confirmado por la máxima autoridad de la institución)

1. Título del curso

2. País solicitante:

3. Nombre de la institución solicitante:

5. Apellidos y nombres de los candidatos (en orden de prioridad):

1)	4)
2)	5)
3)	6)

Este organismo recomienda la presente postulación, de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Capacitación para Terceros Países del Programa de Asociación entre Japón y Argentina (PPJA), que figuran en el material explicativo del curso mencionado. En caso de ser aceptada la postulación, el candidato queda autorizado a viajar a la República Argentina en las fechas estipuladas. A su regreso, este organismo se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y difusión de la capacitación recibida.

Fecha:			Firma:		
Nombre:					
Cargo					Sello oficial
Datos de contacto de la máxima autoridad:	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país – incluir Código Postal):				
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Fax (incluir código de país y código de área):	E-mail:		

Parte A: Información sobre la institución

(para ser confirmado por autoridad del área/dirección/división)

1. Perfil de la institución

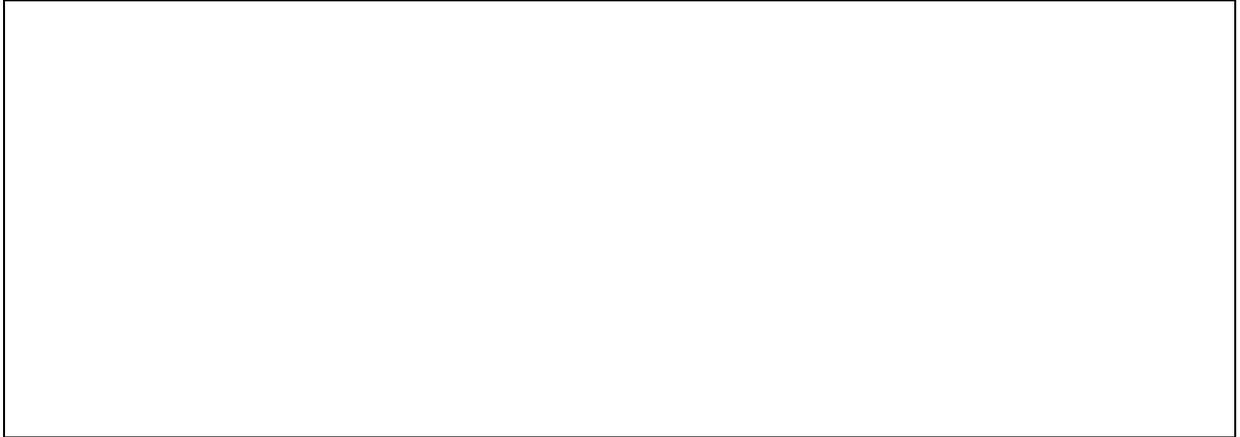
1) Nombre de la institución:

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, haciendo referencia a los siguientes puntos: 1) Requisitos del curso, 2) Capacidad /Cargo o responsabilidad en la institución, 3) Planes futuros del candidato de regreso de su participación en el programa de capacitación, 4) Plan de la Institución y 5) Otros. *En caso de más de un postulante, indicar orden de prioridad.*

6) Descripción de su responsabilidad en el cargo actual

--

7) Información de contacto

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):	e-mail:
Particular	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):	e-mail:
Persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Parentesco:	
	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):	e-mail:

8) Antecedentes laborales (relacionados al tema de la capacitación a la que aplica)

Organismo/Institución	Ciudad/País	Período		Descripción del cargo y responsabilidades
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

9) Antecedentes académicos

Formación académica (solamente estudios universitarios/terciarios en adelante)

Institución	Ciudad/País	Período		Título obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

Estudios en otros países (incluir estudios en Argentina y Japón).

Institución	Ciudad/País	Período		Area de estudio / Título o certificado obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

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

Conversación	() Excelente	() Bueno	() Regular	() Bajo
Lectura	() Excelente	() Bueno	() Regular	() Bajo
Escritura	() Excelente	() Bueno	() Regular	() Bajo
2) Lengua materna				
3) Otros idiomas ()	() Excellent	() Good	() Fair	() Poor

Adjuntar copia de comprobante que certifique el nivel de conocimientos de idioma español

11) Expectativas en el Programa de Capacitación para Terceros Países del PPJA

a) **Meta personal:** Describa cuáles son sus expectativas relacionadas al tema del curso y al objetivo de su institución.

b) **Antecedentes profesionales:** Experiencia más relevante relacionada al tema del curso

c) **Área de interés:** Describa los temas de interés particular con referencia a los contenidos del curso y su relación con su actual responsabilidad laboral

12) Adjuntar Curriculum Vitae (máx. 5 páginas).

DECLARACION (para ser firmada por el candidato)

Certifico que todas las declaraciones realizadas en el presente formulario son verdaderas y reales.

En el caso de ser aceptada mi solicitud para participar en el Programa de Capacitación, declaro cumplir con las instrucciones y condiciones estipuladas por ambos gobiernos argentino y japonés en el marco del Programa de Capacitación.

Nombre:			
Firma:		Fecha:	

HISTORIA MEDICA

(para ser completada y firmada por el candidato)

1. Estado de salud actual

(a) ¿Utiliza alguna medicina o debe regularmente visitar a su médico por su enfermedad?

() No	() Si	Nombre de la enfermedad:
		Nombre del medicamento:
	<i>Si su respuesta es "Si", adjuntar un certificado médico con la descripción de su estado de salud actual y la aprobación de su médico para participar en el curso.</i>	

(b) ¿Está Ud. embarazada?

() No	() Si	Cantidad de meses: (meses)
--------	--------	---------------------------------

(c) ¿Es Ud. Alérgico a alguna medicación o alimento?

() No	() Si	Cuál/cuáles? :
--------	--------	----------------

(d) Grupo Sanguíneo y Factor RH:

Grupo	()	Factor RH:	()
-------	--------	------------	--------

(e) Vacunación contra COVID:

() No	() Si	Cantidad de dosis:
		Fecha de última dosis:

2. Historia médica pasada

(a) Ha sufrido alguna enfermedad de relevancia?

() No	() Si	Especificar:
--------	--------	--------------

Si sufre algún problema de salud no indicado más arriba, por favor descríbala en el siguiente cuadro:

CERTIFICO que he leído las instrucciones correspondientes a la presente Historia Médica y he respondido todas las preguntas apropiadamente.

Fecha:	Firma del candidato:
	Nombre completo del candidato: