|  |
| --- |
|  |

**ANEXO I**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

“Evaluación rápida post-desastre de la seguridad estructural en edificaciones”

SANTIAGO DE CHILE, 6 al 23 de noviembre de 2017

Programa de Formación en Recursos Humanos para Latinoamérica y el Caribe en Reducción del Riesgo de Desastres – KIZUNA

**POSTULACIÓN OFICIAL**

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

**PAÍS y CIUDAD**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN**

|  |
| --- |
|  |

Esta organización recomienda la presente postulación de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Formación en Recursos Humanos para Latinoamérica y el Caribe en Reducción del Riesgo de Desastres – KIZUNA de acuerdo a la convocatoria y su correspondiente información general. En caso de resultar seleccionado, el candidato queda autorizado a viajar a Chile en las fechas determinadas por los ejecutores del curso. A su regreso, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y transferencia de los conocimientos recibidos y la implementación del Plan de Acción.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre |  | Sello oficial |
| Cargo |  |
| Correo electrónico |  |
| Fecha | Firma |

**PARTE A: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

1. Perfil de la institución
2. Nombre de la organización

|  |
| --- |
|  |

1. Tipo de organización

(Marcar un “x” en la opción correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gobierno |  | Académica |  | Privada |  | Internacional |  | Otros\* |  |

\*En caso de ser “otro”, indicar:

|  |
| --- |
|  |

1. Misión de la organización

|  |
| --- |
|  |

1. Vinculación con la cooperación internacional

(Marcar un “x” en la opción correspondiente)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Japón |  | Chile |  | Otras fuentes |  | Ninguna |  |

En caso de existir alguna modalidad de cooperación, describa brevemente las principales actividades:

|  |
| --- |
|  |

1. Objetivo de la postulación
2. Describa los objetivos estratégicos de su institución ligados al desarrollo de infraestructura pública en edificaciones.

|  |
| --- |
|  |

1. Describa brevemente cómo la capacitación apoyará al logro de los objetivos anteriormente mencionados.

|  |
| --- |
|  |

1. Describa brevemente las acciones concretas que la institución desarrollará para lograr y/o complementar los objetivos anteriormente mencionados.

|  |
| --- |
|  |

1. Describa brevemente las razones por las cuales se ha seleccionado al candidato, haciendo referencia a: 1) requisitos del curso, 2) capacidad/cargo o responsabilidad en la institución, 3) planes de acción u otros.

|  |
| --- |
|  |

**PARTE B: INFORMACIÓN DEL POSTULANTE**

1. Información personal.

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos\* |  |
| Nombres |  |
| Nacionalidad |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Sexo | Masculino |  | Femenino |  |
| Nº de pasaporte |  |
| Fecha de vencimiento pasaporte |  |
| Dirección particular |  |
| Ciudad |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Mail de contacto\*\* |  |

\*Entregar información tal como figura en el pasaporte y adjuntar copia de éste a la postulación.

\*\*A esta dirección de correo electrónico le será remitida toda la información en caso de selección. Se ruega dar un mail que revise de manera constante.

Persona a notificar en caso de emergencia:

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos |  |
| Nombres |  |
| Relación con el postulante |  |
| Dirección particular |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Mail de contacto |  |

1. Información académica

(Solamente estudios universitarios en adelante, adjuntando respectiva copia de certificados)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Título obtenido | Institución | País | Periodo |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Otros cursos y capacitaciones

(Adjuntar respectiva copia de certificados y/o acreditaciones)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Curso | Institución | País | Periodo |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

¿Ha sido usted beneficiario de becas anteriormente?

Sí \_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de haber respondido “sí”, indicar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beca | País donde realizó los estudios | Programa cursado |
|  |  |  |

1. Información profesional
2. Cargo actual

|  |
| --- |
|  |

1. Descripción de las funciones

|  |
| --- |
|  |

1. Experiencia profesional

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cargo\* | Institución | País | Periodo |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Describir brevemente las funciones.

1. Autoevaluación sobre reducción del riesgo de desastres.

Describa la experiencia en dos recientes proyectos sobre reducción en riesgo de desastres en los cuales haya participado.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autoevalúese según los conocimientos que posee sobre los siguientes contenidos**  | **NOTA****Escala 1 a 5** |
| 1 | Ingeniería Sísmica en Edificación |  |
| 2 | Ingeniería Geotécnica en Edificación |  |
| 3 | Análisis sismo-resistente en Edificación |  |
| 4 | Peritaje de Terreno con equipos de auscultación para estructuras |  |
| 5 | Peritaje de Terreno con equipos de auscultación para suelos  |  |
| 6 | Ensayos de Laboratorio estáticos de estructuras |  |
| 7 | Ensayos de Laboratorio dinámicos de estructuras |  |
| 8 | Técnicas Constructivas  |  |
| 9 | Inspección Estructural de Obras |  |
| 10 | Técnicas de Reparación y Rehabilitación de Edificios  |  |
| 11 | Conceptos teóricos y prácticos de la evaluación de edificaciones (Edificios y Viviendas) post-desastre  |  |
| 12 | Aplicación en terreno de Ficha Estandarizada de Evaluación Rápida de Edificios y viviendas Post- Terremoto. |  |
| 13 | Formulación y Ejecución de Planes de Acción.  |  |
| **PROMEDIO** |  |

**Historial médico (**En caso de presentar alguna de las condiciones de salud mencionadas más abajo, presentar certificado médico).

|  |
| --- |
| 1. ¿Actualmente utiliza algún tipo de medicamento para el tratamiento de alguna condición médica? (Dar nombre del medicamento y dosis).

( ) Sí ( ) No  |
| Nombre Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Actualmente está embarazada?

NOTA IMPORTANTE: en caso que una postulante se encuentre embarazada y con el objeto de minimizar el riesgo a su salud, se requiere sin falta adjuntar los siguientes documentos:1. Carta de consentimiento en asumir riesgos económicos y físicos,
2. Carta de consentimiento del supervisor de la participante
3. Carta de acuerdo con la participación en el curso, por parte del médico tratante.
 |
| ( ) Sí ( ) No Mes de embarazo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento?  |
|  ( ) Sí ( ) No  ( ) Medicamentos ( ) Alimentos ( ) Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Presenta algunas de las siguientes condiciones de salud:  |
| * Presión alta
 | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Diabetes
 | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Problemas Respiratorios
 | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Problemas del Tracto digestivo
 | ( ) Sí ( ) No | Observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.- Otras condiciones (especificar si hay información relevante que entregar como restricciones alimenticias, alergias, entre otros).  |
|  |

Certifico que he leído las instrucciones anteriores y he entregado fielmente la información solicitada. Entiendo y acepto que una condición médica pre-existente no informada podría, bajo mi responsabilidad, resultar en la finalización anticipada de mi participación en el curso.

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

**DECLARACIÓN**

(a ser firmada por el postulante)

Declaro que he leído la convocatoria con todas sus instrucciones y correspondientes anexos y que la información entregada en el presente formulario es totalmente veraz y corresponde a toda la solicitada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Fecha | Firma |
|  |  |  |

Declaro tener manejo oral y escrito del idioma español.\*

(solamente para países que no sean de habla hispana)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Fecha | Firma |
|  |  |  |

\*Adjuntar documento de respaldo tal como examen de acreditación si se cuenta con uno.