**ANEXO I**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**POSICIÓN PRONO EN PACIENTES CRÍTICOS COVID-19**

1. **INFORMACIÓN DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL POSTULANTE** | |
| **Nombres** |  |
| **Apellido** |  |
| **Sexo** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **País de Residencia** |  |
| **Dirección** |  |
| **Email Laboral** |  |
| **Email Personal** |  |
| **Número de Teléfono** |  |
| **Profesión** |  |
| **Nivel de Estudios** |  |
| **Institución de Egreso** |  |
| **Año de Egreso** |  |
| **Otra Institución Egreso** |  |
| **Estudios Post Grado** |  |
| **Institución Laboral** |  |
| **Cargo Actual** |  |
| **Dependencia Institución** |  |
| **¿Cómo se enteró de esta beca?** |  |

1. **INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE LA ACTIVIDAD ACADÉMICA** | |
| **Nombre del Curso** | Posición Prono en Pacientes Críticos COVID-19 |
| **Campus/Sala** | E-learning y práctica de simulación in situ |
| **Fecha de Inicio** | 02 de noviembre de 2020 |
| **Fecha de Término** | 20 de noviembre de 2020 (plazo máximo) |
| **Horas Cronológicas** | 10 hrs |
| **Horario** | Libre de cada estudiante |

1. **DECLARACIÓN DEL POSTULANTE**

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

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

1. **PATROCINIO DE INSTITUCIÓN LABORAL**

Esta organización recomienda la presente postulación de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Becas de Cooperación Sur – Sur de AGCID y la Pontificia Universidad Católica de Chile, de acuerdo a la convocatoria y su correspondiente información general. En caso de resultar seleccionado/a, el/la candidato/a queda autorizado/a a destinar parte de su tiempo al programa de capacitación y a las actividades prácticas de simulación del curso internacional. Al concluir la capacitación, la organización se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y transferencia de los conocimientos recibidos.

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