



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Formulario de postulación a fondos concursables de apoyo a capacitación

A completar por el postulante (letra imprenta):

Información personal y de contacto						
Nombres:						
Apellido Paterno:					Apellido Materno:	
Rut:		Nacionalidad:			Email:	
Celular:			Teléfono casa:			Anexo:
Cargo:				Jornada:		
Especialidad:					Nombre jefatura directa:	
Años en la institución:					Nombre Dpto o Sección:	
Otras instituciones de actividad profesional:						

Características del programa de capacitación a realizar:

(Nombre, tipo de programa, objetivos, institución formadora, duración y contenidos)



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Descripción del aporte esperado para los proyectos de desarrollo en su Departamento Académico

**Descripción del aporte esperado para los proyectos de desarrollo en su Departamento
Académico**

Detalles del financiamiento solicitado:
(Monto requerido, ítems a financiar, periodo)

Detalles del financiamiento solicitado:
(Monto requerido, ítems a financiar, periodo)

Otras fuentes de financiamiento:

Otras fuentes de financiamiento:

Nombre y cargo de jefaturas que apoyan la solicitud:

Nombre y cargo de jefaturas que apoyan la solicitud:



Antecedentes adicionales:

Financiamientos previos para otras capacitaciones:	
Fecha estimada de inicio del programa:	
Fecha de entrega de documentación de postulación:	

Declaración:

Por el presente declaro no haber sido sancionado con medidas disciplinarias en los últimos 2 años, ni estar sometido a procesos en curso en el Comité de Profesionalismo, ni en las instancias académicas correspondientes, y que toda información entregada en este documento es verídica.

Adicionalmente, declaro conocer y aceptar íntegramente lo establecido por las normas, políticas y reglamentos asociados a esta postulación y me obligo a cumplirlos cabal y oportunamente en caso de ser beneficiario de estos fondos de financiamiento.

Firma del postulante