



FORMULARIO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSOS DE CAPACITACIÓN
OFICINA DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL

NOMBRE CURSO: _____

NOMBRE PARTICIPANTE: _____

RUT: _____ FECHA DE NACIMIENTO:

DÍA MES AÑO

ANEXO

PUCV: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

UNIDAD: _____

SEDE: _____

TIPO CONTRATO: FIJO (FECHA: _____) INDEFINIDO

NIVEL EDUCACIONAL

NIVEL LABORAL (marque el que corresponda)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Servicios
Administrativo

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Profesional
Académico

FRANQUICIA POR PARTICIPANTE

100% COBERTURA	=	RENDA TOTAL HASTA 25 UTM
50% COBERTURA	=	RENDA TOTAL MAYOR A 25 UTM Y MENOR A 50 UTM
15% COBERTURA	=	RENDA TOTAL MAYOR A 50 UTM

Si hubiese Costo Empresa (No Franquiciable) la Unidad a la cual pertenece el participante, deberá hacerse responsable de la cancelación de la Factura correspondiente. Además el participante, debe cumplir con una asistencia mínima de un 80%, en caso contrario la Unidad a la cual pertenece deberá cancelar el valor total del curso.

OBSERVACIONES: _____

N° DE CUENTA CARGAR A COSTO EMPRESA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

AUTORIZACIÓN JEFATURA DIRECTA

Vº Bº JEFE OFICINA DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL _____