



**FORMULARIO SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSOS DE CAPACITACIÓN**  
**OFICINA DE DESARROLLO Y CAPACITACIÓN**

NOMBRE CURSO: \_\_\_\_\_

NOMBRE PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: 

DÍA	MES	AÑO

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ ANEXO PUCV: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_

SEDE: \_\_\_\_\_

TIPO CONTRATO:  FIJO ( FECHA: \_\_\_\_\_ )  INDEFINIDO

NIVEL EDUCACIONAL

NIVEL LABORAL (marque el que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Servicios	<input type="checkbox"/>	Profesional
<input type="checkbox"/>	Administrativo	<input type="checkbox"/>	Académico

**FRANQUICIA POR PARTICIPANTE**

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

VB° OFICINA DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL PERSONAL: \_\_\_\_\_

Consultas: Ana María Laredo Maureira / anexo: 3036 / mail: ana.laredo@ucv.cl

**Casa Central**

Av. Brasil 2950, Valparaíso - Chile  
Tel.: (56-32) 227 3000 - 227 3078  
Fax: (56-32) 221 2746  
Casilla: 4059