



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