



Unidad Ejecutora del Programa de Capacitación Permanente
Programa de asistencia para la Capacitación provista por órganos externos
Res H.C.S. N° 243/2018

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL ASPIRANTE:

Apellido y nombre:

Legajo: D.N.I. N°

Agrupamiento:

Dependencia donde presta servicios:

Interno: Teléfono particular: -
Código de área Número

E-mail:

Horario de prestación de servicios: De Hs a Hs.

DATOS DE LA ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN:

Tipo de actividad:

Nombre de la actividad:

Establecimiento (Reconocido por organismos oficiales):

Duración:

Fecha de inicio:

Modalidad:

Régimen de asistencia:

Costos:

Tipo de certificación:



Unidad Ejecutora del Programa de Capacitación Permanente
Programa de asistencia para la Capacitación provista por órganos externos
Res H.C.S. N° 243/2018

Se solicita:

- Licencia horaria:** Cantidad de horas semanales solicitadas:
Período solicitado: Del / / al / /
- Ayuda económica para gastos de aranceles:** Monto total solicitado:
- Ayuda económica para gastos de bibliografía:** Monto total solicitado:
- Gastos de movilidad:** Medio a utilizar:
- Gastos de viaticos:** Cantidad de noches:
- Ayuda extraordinaria (Otros):**

Se adjunta programa o plan de estudios de la actividad a realizar.

Fundamentación del cursado de la actividad de capacitación respecto de las funciones que desarrolla o podría desarrollar:

Opinión del Superior Jerárquico respecto de lo solicitado:

FIRMA
Superior

SELLO

FECHA



Unidad Ejecutora del Programa de Capacitación Permanente
Programa de asistencia para la Capacitación provista por órganos externos
Res H.C.S. N° 243/2018

PROPUESTA DE TRANSMISIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS:

- Producción de informe**
- Dictado de charlas, cursos y/o talleres:**
Formalización a través del Formulario "Propuesta de Capacitación"
- Otra actividad**

Descripción de la propuesta:

Declaro conocer los requisitos y compromisos establecidos por la reglamentación vigente Convenio Colectivo de Trabajo, Título 8, "Capítulo Capacitación" homologado por Res. H.C.S. N° 243/2018.

FIRMA
Trabajador

Aclaración

FECHA

FECHA DE ENTREGA DE LA SOLICITUD:/...../.....