



Unidad Ejecutora del Programa de Capacitación Permanente  
Programa de asistencia para la Capacitación provista por órganos externos Res H.C.S. Nº  
243/2018

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

#### DATOS DEL ASPIRANTE:

Apellido y nombre:

Legajo:  D.N.I. N.º

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:

(Se adjunta programa o plan de estudio de la actividad a realizar)

Tipo de actividad:

Nombre de la actividad:

Establecimiento (Reconocido por organismos oficiales):

Fecha de inicio y duración total:

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:

Días y horarios solicitados:

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):**

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 el Convenio Colectivo de Trabajo, Título 8, "Capacitación" y su reglamentación particular homologada por Res. H.C.S. N° 243/2018.

---

FIRMA  
Trabajador

---

Aclaración

---

FECHA