



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.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