



**ANEXO 1**  
**Formulario de Postulación**  
**CURSO INTERNACIONAL**  
**EN ECOSISTEMAS CON ENFOQUE PARTICIPATIVO EN MANEJO INTEGRADO DE CUENCAS**  
**HIDROGRÁFICAS**

**IMPORTANTE:** Por favor complete este *Formulario de Postulación* a máquina y adjunte al mismo todos los documentos señalados en la Convocatoria del Curso. El formulario es individual; se tiene que completar uno por cada postulante. La información aquí presentada deberá ser fidedigna y actualizada.

**POSTULACION OFICIAL**

(Para ser firmado y confirmado por la máxima autoridad de la institución)

1. País solicitante: \_\_\_\_\_

2. Nombre de la institución solicitante: \_\_\_\_\_

3. Nombres y Apellidos del candidato(a) postulado(a): \_\_\_\_\_

Esta institución recomienda la presente postulación, de acuerdo con las reglamentaciones que figuran en la convocatoria del curso mencionado. En caso de ser aceptada la postulación, el candidato(a) queda autorizado a viajar a la República de Panamá en las fechas estipuladas. A su regreso, esta institución se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y difusión de la capacitación recibida, acompañando al participante en la elaboración del Proyecto presentado por esta institución para ser desarrollado con la Metodología y Enseñanzas recibidas.

Fecha:		Firma:	
Nombre:			Sello oficial
Cargo:			
Datos de contacto de la máxima autoridad	Dirección (incluir Código Postal):		E-mail:
	Teléfono (incluir códigos de país y de área):	Fax (incluir códigos de país y de área):	



**Confirmación por la institución pública rectora (en caso que sea necesario)**

He examinado los documentos de este formulario y han resultado verdaderos. Por lo tanto, estoy de acuerdo con la postulación de esta persona en nombre de nuestro gobierno.

Fecha:		Firma	
Nombre:			Sello Oficial
Cargo:			
Institución:			



## Parte A: Información sobre la institución

(Para ser confirmado por autoridad del área/dirección/división)

### 1. Perfil de la institución

1.1 Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

1.2 Misión de la institución y del área/dirección/división:

\_\_\_\_\_

### 2. Objetivo de la postulación (Puede agregar una hoja adicional si así lo requiere).

2.1 Describa la situación actual de su institución con relación al contenido del curso de capacitación, haciendo referencia a necesidades o problemas concretos a ser tratados en el curso:

2.2 Describa los objetivos que su organización espera alcanzar al participar en el presente programa de capacitación:

2.3 Describa de qué manera su institución hará un buen uso de los conocimientos adquiridos en el curso de capacitación, en referencia a las necesidades o problemas antes mencionados.

2.4 Describa las razones por las cuales se ha seleccionado al candidato(a), haciendo referencia a los siguientes puntos: (Puede agregar una hoja adicional si así lo requiere).

2.4.1 Requisitos del curso.

2.4.2 Capacidad /Cargo o responsabilidad en la institución.

2.4.3 Planes futuros del candidato(a) al regreso de su participación en el programa de capacitación.

2.4.4 Plan de la Institución.

2.4.5 Otros.

**En caso de más de un(a) postulante, indicar orden de prioridad de este(a) candidato(a).**



## Parte B: Información del candidato(a)

(Para ser completado por el postulante)

1. Nombre del candidato(a) (tal como figura en su pasaporte)

1.1 Apellidos \_\_\_\_\_

1.2 Nombres \_\_\_\_\_

2. Datos Personales (Marcar con "X" o "✓" en los paréntesis correspondientes)

<b>2.1 Nacionalidad</b> (tal como figura en su pasaporte)						Adjuntar foto actual de candidato (a) aquí. Tamaño pasaporte
<b>2.2 Género</b>	Masculino		Femenino			
<b>2.3 Estado Civil</b>	Soltero(a)		Casado(a)		Otro	
<b>2.4 Religión</b>						
<b>2.5 Fecha de Nacimiento</b>	Día		Mes		Año	

3. Datos Migratorios

3.1 N° de Pasaporte: _____ Tipo: ( ) Particular ( ) Oficial ( ) Otro: _____	Fecha de emisión:	Fecha de vencimiento:
3.2 Visa N°: _____ No aplica _____	Fecha de emisión:	Fecha de vencimiento:
3.3 Certificado Internacional de Vacuna contra Fiebre Amarilla N°: _____ No aplica _____	Fecha de emisión:	Fecha de vencimiento:

**Nota:** Adjuntar fotocopia de pasaporte o documento de identidad de viaje y certificado de vacuna.



#### 4. Cargo actual

Institución							
Departamento/ Área/División							
Cargo actual							
Fecha de ingreso a la institución	Día	Mes	Año	Fecha de inicio en el cargo actual	Día	Mes	Año
Relación laboral:	Personal Permanente			Contratado			

#### 5. Tipo de organización

<input type="checkbox"/> Gobierno nacional	<input type="checkbox"/> Gobierno local	<input type="checkbox"/> Empresa/institución pública
<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> ONG	<input type="checkbox"/> Universidad
<input type="checkbox"/> Otros		

#### 6. Descripción de su responsabilidad en el cargo actual y actividades que realiza

#### 7. Información de contacto

Laboral	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país –incluir Código Postal):	
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Teléfono celular (incluir código de país y código de área):
	Fax (incluir código de país y código de área):	e-mail:
Particular	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país –incluir Código Postal):	
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Teléfono celular (incluir código de país y código de área):



	Fax (incluir código de país y código de área):	e-mail:	
Persona de contacto en caso de emergencia	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país –incluir Código Postal):		
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Teléfono celular (incluir código de país y código de área):	
	Fax (incluir código de país y código de área):	e-mail:	

### 8. Antecedentes laborales (relacionados al tema de la capacitación a la que aplica)

Organismo/Institución	Ciudad/País	Período		Descripción del cargo y responsabilidades
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

### 9. Antecedentes académicos

**Formación académica** (solamente estudios universitarios/terciarios en adelante)

Institución	Ciudad/País	Período		Título obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

**Estudios o Capacitaciones en otros países** (incluir estudios en Panamá y Japón).

Institución	Ciudad/País	Período		Área de estudio / Título o certificado obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	



10. **Nivel de conocimientos de idioma español** (para completar solamente por los candidatos de lengua materna diferente al español)

Conversación	( ) Excelente	( ) Bueno	( ) Regular	( ) Bajo
Lectura	( ) Excelente	( ) Bueno	( ) Regular	( ) Bajo
Escritura	( ) Excelente	( ) Bueno	( ) Regular	( ) Bajo
Lengua materna				
Otros idiomas (                    )	( ) Excelente	( ) Bueno	( ) Regular	( ) Bajo

En caso de que su lengua materna no sea el español, favor de adjuntar copia de comprobante que certifique el nivel de conocimientos de idioma español.

11. **Expectativas en el Programa de Capacitación para Terceros Países**

(Puede agregar una hoja adicional si así lo requiere)

- a) **Meta personal:** Describa cuáles son sus expectativas relacionadas al tema del curso y al objetivo de su institución.
  
- b) **Antecedentes profesionales:** Experiencia más relevante relacionada al tema del curso.
  
- c) **Área de interés:** Describa los temas de interés particular con referencia a los contenidos del curso y su relación con su actual responsabilidad laboral.

12. **Adjuntar Curriculum Vitae (máx. 3 páginas).**

13. **DECLARACION** (para ser firmada por el candidato o candidata)

Certifico que todas las declaraciones realizadas en el presente formulario son verdaderas y reales.  
En el caso de ser aceptada mi solicitud para participar en el Programa de Capacitación, declaro cumplir con las instrucciones y condiciones estipuladas por ambos gobiernos panameño y japonés en el marco del Programa de Capacitación.

Nombre:	
Firma:	Fecha:



## 14. HISTORIA MÉDICA

(Para ser completada y firmada por el candidato(a))

### 14.1 Estado de salud actual

(a) ¿Utiliza alguna medicina o debe regularmente visitar a su médico por alguna condición médica?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<i>Si su respuesta es "Sí", adjuntar un certificado médico con la descripción de su estado de salud actual y la aprobación de su médico para participar en el curso. Además especifique nombre de medicamento y dosis</i>
-----------------------------	-----------------------------	---

Medicamento:	Dosis:
--------------	--------

Medicamento:	Dosis:
--------------	--------

Medicamento:	Dosis:
--------------	--------

(b) En caso de ser mujer ¿Está Ud. embarazada?

Si <input type="checkbox"/>	Cantidad de meses: (    meses )
No <input type="checkbox"/>	

(c) ¿Es usted alérgico a algún medicamento, alimento u otro?

Si <input type="checkbox"/>	Especifique:
No <input type="checkbox"/>	

(d) Por favor indique si tiene algún tipo de discapacidad que requiera algún tipo de apoyo o facilidad especial.

*Nota: Poseer algún tipo de discapacidad no excluye a las personas de participar en el curso. Sin embargo, según la situación, se le podría pedir mayores detalles sobre su condición, para hacer los arreglos necesarios.*

(e) Grupo Sanguíneo y Factor RH:

Grupo		Rh	
-------	--	----	--

(f) ¿Presenta algunas de las siguientes condiciones de salud?:

Presión alta <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Observaciones: _____
--	----------------------

Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Observaciones: _____
--	----------------------

Problemas Respiratorios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Observaciones: _____
---	----------------------

Problemas del Tracto digestivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Observaciones: _____
--	----------------------

Otras condiciones no indicadas anteriormente.
---





**14.2 Historia médica pasada**

(a) ¿Ha sufrido alguna enfermedad de relevancia anteriormente?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Especifique:
-----------------------------	-----------------------------	--------------

CERTIFICO que he leído las instrucciones correspondientes a la presente Historia Médica y he respondido todas las preguntas apropiadamente. Entiendo y acepto que una condición médica pre-existente no informada podría resultar en la finalización anticipada de mi participación en el curso.

Fecha:	Firma:
	Nombre completo: