



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Apoyo a la Gestión Pública Provincial

Fecha: ...../...../.....

A completar por el futuro participante y su superior jerárquico, como requisito indispensable para realizar el curso.

- La capacitación se justifica si el tema tiene relación con las necesidades del área y las tareas que los postulantes realizan en ella.
- Lo invitamos a reflexionar acerca de las mejoras que podrán realizarse en su práctica laboral a través de la participación en esta actividad de capacitación

1. CURSO/ACTIVIDAD: .....

### A ser completado por el IPAP

Programa: .....

Subprograma: .....

Modalidad: .....

Días, mes/es y año de realización: .....

Docente/s: .....

Sede: .....

## 2. Datos personales del participante

2.1. Apellido y nombre: ..... 2.2. Sexo: M  F

2.3. Tipo y número de documento

D.N.I.  C.F.  C.I.  L.C.  L.E.  PAS.  Otro  N°

2.4. Domicilio particular: ..... 2.5 Localidad: .....

2.6. Tel.: ..... 2.7. Correo electrónico particular: .....

2.8. Fecha de nacimiento: ...../...../.....

## 3. Estudios cursados

	compl.	incompl.
Primario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terciario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postgrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Título/s: .....

Otorgado/s por: .....

## 4. Organismo / organización en donde trabaja o participa:

.....

4.1. Domicilio: .....

4.2. Correo electrónico: ..... 4.3. Tel./Fax: .....

4.4. Jurisdicción:

Administración Pública Provincial	<input type="checkbox"/>
Administración Pública Municipal	<input type="checkbox"/>
Organización de la Sociedad Civil	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>



Especificar: .....

**5. Cargo / Función:**

.....

**Completar si trabaja en el Estado Provincial o Municipal**

**6. Régimen de Personal**

Poder / Depto. Ejecutivo - Ley 10.430 Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especificar: .....
Poder / Depto. Judicial Poder / Depto. Legislativo		

**7. Agrupamiento por Ley**

Obrero Servicio Administrativo Técnico* Profesional* Jerárquico Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Subdirector Jefe de Depto Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Funcionario</b> Subsecretario o nivel sup. Asesor Director Provincial Director de línea Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Especificar: .....		Especificar: .....		Especificar: .....	

**8. Antigüedad en la función pública:** .....

\*Completar en caso de actuar como tal bajo la Ley 10.430 u otro régimen.

**9. Antigüedad en funciones y experiencia relacionadas con el tema de la actividad:**

.....

.....

**10. Cursos o actividades realizados sobre el tema propuesto**

CURSO / ACTIVIDAD	AÑO	INSTITUCIÓN

**11. Nombre algunos aspectos específicos que quisiera aprender con respecto al tema de esta actividad:**

- .....
- .....

**12. ¿Qué problemas concretos trae en su área de trabajo la falta de formación en el tema propuesto?**

- .....



● .....

**13. Si lo desea, exprese sus sugerencias para la implementación de esta actividad:**

.....

.....

---

Firma del participante

---

Firma y aclaración del superior

---

V° B° Consejero Directivo