



(290D) Programa sobre Los Derechos del niño y la niña en el contexto del aula y en la gestión de escuela
Fase II en Lund, Suecia, el 13 de enero – el 6 de febrero 2014.
Fase IV en un país de Latinoamérica, el 21 de mayo – el 28 de mayo 2014.

PARA USO OFICIAL DE LA EMBAJADA DE SUECIA
Instancia receptora de la postulación:

Firma _____ Fecha _____

Comentarios (ver nota adjunta) ☐

POSTULACIÓN (Escrita a máquina o en mayúsculas)

El/La _____
(nombre de la organización/institución)

propone a _____
(nombre del/ de la postulante)

**Al programa sobre Los Derechos del niño y la niña en el contexto del aula y en la gestión de escuela
Fase II en Lund, Suecia, el 13 de enero – el 6 de febrero 2014.
Fase IV en un país de Latinoamérica, el 21 de mayo - el 28 de mayo 2014.**

Motivos de la nominación _____
(Obligatorio)

Fecha _____

Firma de la organización/institución/nominadora _____

(Cuando sea necesario/si corresponde)

La nominación es aprobada por (nombre de la autoridad autorizadora) _____ de acuerdo a las normas locales.

Fecha _____ Firma de autoridad autorizadora _____

La postulación deberá ser presentada en la Embajada o el Consulado de Suecia correspondiente a más tardar el **5 de septiembre de 2013**.

La Embajada o el Consulado la enviará al secretariado del programa.

En el caso de no haber una Embajada o un Consulado de Suecia correspondiente en el país, le pedimos que envíe la postulación directamente al secretariado, a más tardar el **5 de septiembre de 2013**

Lund University Commissioned Education
Att: Florencia Aguilera
Box 117
SE-221 00
Suecia

Teléfono: +46 46 222 07 07
E-mail: derechos@education.lu.se
Internet: www.education.lu.se/derechos

FOTOGRAFÍA
(No pegar por favor.
Adjuntar sólo con clip)

Las postulaciones recibidas después de esta fecha no serán consideradas.

HISTORIAL PERSONAL

1 Primer nombre (subraye el nombre que Ud. usa)	Segundo nombre	Apellidos		
2 Dirección de la oficina	3 Teléfono (oficina) (código de país/ código de área) N° de fax Correo electrónico (obligatorio)			
4 Dirección particular	5 Teléfono (particular) (código de país/ código de área) Número de celular Correo electrónico (particular)			
6 Nacionalidad	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
7 Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino				
8 Nombre y dirección de la persona a avisar en caso de emergencia (con código de país/código de área)				
Teléfono:		Correo electrónico		

9 Educación (comenzar por los últimos estudios efectuados y continuar retrospectivamente)

Nombre de la institución y lugar de estudios	Áreas principales de estudio	Años de estudio (desde-hasta)	Títulos/Niveles

10 Indique afiliación a asociaciones profesionales u otras actividades en asuntos civiles, públicos o internacionales

11 Indique las publicaciones relevantes que Ud. haya escrito (no las adjunte)

12 Residencia anterior en país extranjero en relación con el interés profesional o de estudio del postulante

¿Ha participado Ud. anteriormente en algún programa de capacitación en Suecia? _____

☐ sí ☐ no Nombre del programa, año _____

FICHA DE EMPLEO

Para que su postulación sea completa, por favor, agregue detalles sobre el tipo de funciones y responsabilidades en cada uno de los cargos que haya ocupado.

A. CARGO ACTUAL

Título de su cargo	Descripción de su trabajo, incluyendo responsabilidades personales
Años de servicio: desde – hasta	
Tipo de cargo y nivel dentro de la organización	
Nombre de su supervisor (si es aplicable)	
Nombre y dirección del empleador	

B. Cargo anterior

Título de su cargo	Descripción de su trabajo, incluyendo responsabilidades personales
Años de servicio: desde – hasta	
Tipo de cargo y nivel dentro de la organización	
Nombre de su supervisor (si es aplicable)	
Nombre y dirección del empleador	

C. Cargo anterior de relevancia al tema del programa

En el caso de otros puestos anteriores de relevancia al tema del programa por favor adjunte una página.

RAZÓN POR LA CUAL POSTULO

Por favor, presente brevemente la razón por la cual Ud. desea participar en este programa, sus áreas principales de interés dentro del programa y cómo espera Ud. beneficiarse del programa. (Si es necesario continúe en una página suplementaria, pero no más de una).

Declaración médica

☐ No tengo ninguna enfermedad infecciosa (por ejemplo, tuberculosis o tracoma) u otra enfermedad que podría presentar riesgos a personas con quienes tendré contacto.

☐ No tengo ninguna condición médica que me impida realizar una capacitación fuera de mí país.

☐ Estoy en buen estado de salud y tengo plena capacidad de trabajo.

Comentario:

Información de la legislación sueca para todos los postulantes

Después de la confirmación de que su postulación haya sido aceptada, la información personal que Usted haya dado será utilizada por el organizador del programa para administración de acuerdo con La ley orgánica de protección de datos (en sueco PuL: Personuppgiftslagen). Sus datos personales también estarán a disposición de Asdi para uso interno. Los datos no se utilizarán para otros fines. Si desea un registro de la información personal debe enviar una solicitud por escrito a

Tomas Törn
ITP
SE-105 25 Estocolmo
Suecia

tomas.torn@sida.se

Firma del postulante

Certifico que lo expresado por mí en respuesta a las preguntas anteriores es verdadero, completo y correcto a mi leal saber y entender. Si fuera seleccionado/a como participante me comprometo a emplear el tiempo durante el período del programa tal como esté organizado por la gerencia del programa.

Fecha

Firma del postulante