



CANDIDATURA PARA UN CURSO DE CAPACITACIÓN

El Gobierno de

designa a la/al candidata/o abajo mencionado para el siguiente evento en el marco del proyecto de CT:

Título del evento:

Código de referencia:

Lugar:

Fecha(s): YYYY-MM-DD - YYYY-MM-DD

1. DATOS PERSONALES

<input type="checkbox"/> Sexo femenino	<input type="checkbox"/> Sexo masculino	Nacionalidad:
Apellido (tal como figura en su pasaporte):		2a nacionalidad (si corresponde):
Segundo apellido (si corresponde, tal como figura en su pasaporte):		Número de Pasaporte:
Nombre (tal como figura en su pasaporte):		Fecha de emisión: YYYY-MM-DD
Fecha de nacimiento: YYYY-MM-DD		Lugar de emisión:
Lugar de nacimiento:		Válido hasta el: YYYY-MM-DD

2. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre de la institución:
Dirección de la institución:
Casilla postal:
Código postal:
Ciudad:
Región/Distrito:
País:
Teléfono (incluyendo el código de país y ciudad)
Teléfono oficina:
Teléfono particular:
Celular:
Correo electrónico (oficina):
Correo electrónico (privado):
Página Web:
Aeropuerto/ciudad más cercana a su lugar de residencia:

3. CONOCIMIENTO DE IDIOMAS

Lengua materna:				Descripción:	
Otros idiomas	Habla	Lee	Escribe	BIEN (F)	Lo habla, lee y escribe prácticamente como la lengua materna.
				CON CIERTA FACILIDAD (W)	Puede participar con facilidad en discusiones, lee y escribe textos complejos
				CON DIFICULTAD (L)	Conversación limitada, lee periódicos y correspondencia de rutina

4. ESTUDIOS

Fecha de inicio: YYYY-MM	Institución:	
Fecha de graduación: YYYY-MM	Ciudad de la institución:	País de la institución:
Nivel de educación (alcanzado):	Área principal de estudio:	

	Especialización:	
Fecha de inicio: YYYY-MM	Institución:	
Fecha de graduación: YYYY-MM	Ciudad de la institución:	Ciudad de la institución:
Nivel de educación (alcanzado):	Área principal de estudio:	
	Especialización:	
5. EXPERIENCIA LABORAL RECIENTE		
Trabajo actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la empresa / organización:	Tipo de actividad:	
Cargo que desempeña:	Denominación exacta del puesto:	
Fecha de inicio-Fecha de finalización: YYYY-MM - YYYY-MM	Dirección laboral (ciudad/país):	
Trabajo actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la empresa / organización:	Tipo de actividad:	
Cargo que desempeña:	Denominación exacta del puesto:	
Fecha de inicio-Fecha de finalización: YYYY-MM - YYYY-MM	Dirección laboral (ciudad/país):	
Trabajo actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la empresa / organización:	Tipo de actividad:	
Cargo que desempeña:	Denominación exacta del puesto:	
Fecha de inicio-Fecha de finalización: YYYY-MM - YYYY-MM	Dirección laboral (ciudad/país):	
6. SALUD Y RADIACIÓN		
Por la presente certifico que gozo de buena salud, no tengo ninguna enfermedad infecciosa, y estoy en condiciones físicas y mentales para llevar a cabo toda actividad pertinente fuera de mi país. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si tiene algún problema de salud o discapacidad física que pudiera limitar su posibilidad de continuar en el evento, indíquelo aquí:		
Se debe enviar al OIEA un certificado médico de buena salud firmado por un médico, cuya fecha de emisión no supere los tres meses antes del inicio estimado del evento en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • Si el periodo de capacitación excede un mes; • Si el / la candidato/a tiene 65 o más años, independiente de la duración del evento. 		
¿Está cubierto por un programa de vigilancia radiológica en su país?		
<input type="checkbox"/> Sí Por favor envíe al OIEA los registros de dosis de los últimos cinco años.	<input type="checkbox"/> No Por favor envíe al OIEA: <ul style="list-style-type: none"> • Un certificado médico o una declaración personal indicando que está apto para trabajar con radiación ionizante; • Información sobre su capacitación en protección radiológica; • Los registros de dosis de los últimos cinco años (si los tiene disponibles). 	

Comentarios sobre vigilancia radiológica:

7. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Trabajo realizado por la/el candidata/o que sea relevante para el evento:

8. PARTICIPACIÓN PREVIA EN ACTIVIDADES DEL OIEA

¿Ha participado previamente o está prevista su participación en actividades del OIEA?: Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar a continuación cada actividad:

9. OBJETIVOS DEL CURSO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL GOBIERNO

¿Cómo utilizará el Gobierno la capacitación recibida por la/el candidata/o a través del curso?

10. DECLARACIÓN DEL GOBIERNO

- El Gobierno que designa a la/al candidata/o declara y asegura que:
- Toda la información facilitada por la/el candidata/o en este formulario es completa y exacta, y la/el candidata/o es competente en el idioma en que se imparte el curso;
- Si la competencia lingüística de la/del candidata/o resultara insuficiente o su estado de salud no correspondiera con la declaración del médico examinante, la autoridad que nombra a la/al candidata/o aceptará la responsabilidad por las consecuencias y los costos derivados de estos casos;
- Ha tomado nota de que la organización u organizaciones patrocinadoras, el país o países/institución/instituciones anfitriones declinan toda responsabilidad en cuanto al pago de gastos o indemnizaciones por daños o pérdida de bienes personales de los participantes o por enfermedad, lesión, incapacidad o fallecimiento de cualquier participante durante el viaje de ida o de vuelta o durante su asistencia al curso, y que el Gobierno que propone a la/al candidata/o asume la responsabilidad de cubrir estos riesgos;
- Mantendrá el puesto actual de la/del candidata/o y le seguirá abonando – durante el periodo de duración de la reunión – su sueldo y subsidios correspondientes para que pueda atender las obligaciones financieras en su país;
- La/el candidata/o seleccionado/a se comportará de acuerdo con su condición de participante en un evento del OIEA y se abstendrá de tomar parte en actividades políticas y comerciales;
- El Gobierno no tiene conocimiento de ningún hecho respecto a la confiabilidad o carácter de la/del candidata/o que impida que se le permita el acceso a instalaciones nucleares.

FIRMA DE LA CONTRAPARTE	NOMBRE DE LA CONTRAPARTE	FECHA (YYYY-MM-DD)
FIRMA DEL OFICIAL NACIONAL DE ENLACE	NOMBRE DEL OFICIAL NACIONAL DE ENLACE	FECHA (YYYY-MM-DD)

Importante: ¡Por favor adjunte una copia de su pasaporte (u otra identificación si no existe un pasaporte)!