**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

***Para Realización de Práctica profesional en el INDH***

# DATOS POSTULANTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°**  | **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
| **NACIONALIDAD** | **TELÉFONO MÓVIL** | **TELÉFONO FIJO** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| **DOMICILIO** |
| **CALLE Y N°** | **COMUNA** | **CIUDAD** | **REGIÓN** |

# ANTECEDENTES INSTITUCIÓN EDUCACIONAL QUE RESPALDA POSTULACIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE INSTITUCIÓN** | **RUT**  | **DIRECCIÓN** | **REGIÓN/PAÍS** |
| **RESPONSABLE DE PRÁCTICA EN INSTITUCIÓN** | **CARGO** | **TELÉFONOS** | **CORREO ELECTRÓNICO** |

# ANTECEDENTES ACADÉMICOS DEL/LA POSTULANTE

|  |
| --- |
| **PARA ESTUDIANTES DE PREGRADO** |
| **CARRERA** | **INSTITUCIÓN** | **FACULTAD** | **ÚLTIMO NIVEL APROBADO Y AÑO** |
| **PARA ESTUDIANTES DE POSTGRADO** |
| **TÍTULO PROFESIONAL** | **INSTITUCIÓN** | **POSTGRADO QUE CURSA** | **INSTITUCIÓN** |
| **FORMACIÓN EN DERECHOS HUMANOS** |
| **Si durante su formación ha tenido cursos o contenidos sobre derechos humanos indique cuáles:** |
| **PRÁCTICA SOLICITADA** |
| **TOTAL HORAS PRACTICA SOLICITADA** | **TOTAL MESES PRACTICA SOLICITADA** | **FECHAS ESTIMADAS INICIO / TÉRMINO** |
| **Señale los objetivos de su práctica y la razón para querer desarrollarla en el INDH** |

|  |
| --- |
| **Declaro que la información contenida en este documento es completa y fidedigna, y autorizo al Instituto Nacional de Derechos Humanos para verificar los antecedentes entregados.** **Firma Alumno/a / Fecha** |

# DATOS CONVENIO (A llenar por INDH)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIDAD QUE RECIBE A PRACTICANTE** | **UNIDAD / SEDE** | **SUPERVISOR** |
| **FECHA INGRESO PRACTICA****DD / MM / AAAA** | **FECHA TERMINO PRACTICA****DD / MM / AAAA** | **TOTAL HORAS ACORDADAS** |
| **N° HORAS SEMANALES** | **DIAS JORNADA LABORAL SEMANAL** | **HORARIO: INICIO / TERMINO** |
| **TIPO JORNADA (COMPLETA / PARCIAL)** | **FECHA CONTRATO PRACTICA****DD / MM / AAAA** | **ASIGNACION****$** |
| **AUTORIZACIÓN** |
| **NOMBRE JEFE/A UNIDAD QUE RECIBE A PRACTICANTE** | **FIRMA JEFE/A UNIDAD QUE RECIBE A PRACTICANTE** | **FECHA****DD / MM / AAAA** |
| **NOMBRE JEFE/A UAF** | **FIRMA JEFE/A UAF** | **FECHA** **DD / MM / AAAA** |