Yo***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con el cargo de  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***y que desempeña funciones en,  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***a través de la presente, suscribo voluntariamente el compromiso de cumplir con las obligaciones siguientes en relación a la capacitación ***de Técnicas de Comunicación en Lengua de señas chilena, nivel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (básico- intermedio), sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Santiago-Coquimbo)*** *y* me comprometo con la Dirección de Recursos Humanos, a cumplir con las siguientes condiciones:

* Cursar en su totalidad con el curso inscrito.
* Cumplir con la asistencia indicada por SENCE. (Ingreso a plataforma SENCE para toma de asistencia).
* Cumplir con todos los requisitos mínimos solicitados por el Organismo Técnico, para la aprobación del curso.
* En caso de ser capacitación en modalidad Online, contar con computador y conexión a internet para la realización del curso en tiempo y forma.

Los módulos de esta capacitación serán financiados con franquicia tributaria SENCE, por lo que Ud. se compromete a:

* **Para cursos presenciales:** Registrarse cada clase en el Libro de Clases Electrónico, mediante su huella digital.
* **Para cursos online:** Ingresar a la plataforma de SENCE según las indicaciones del Organismo Técnico.
* En caso de enfermedad, deberá hacer llegar una copia de la Licencia Médica a la Dirección de Recursos Humanos e **informar oportunamente al encargado de Capacitación de Dirección de Recursos Humanos** (paula.aravena@ucentral.cl). Inasistencias de otra índole no podrán ser justificadas.

*El no cumplimiento de esta Carta Compromiso, en cualquiera de los puntos antes explicitados, significará:*

* Pérdida de la Franquicia Tributaria, donde su unidad deberá asumir el costo empresa asociado.

En caso de aceptar los compromisos anteriormente mencionados, y contar con la aprobación de su jefatura para hacer esta capacitación, favor firmar y reenviar escaneado a: paula.aravena@ucentral.cl

**Agrademos indicar los siguientes datos:**

Fecha de nacimiento:

Su número de celular:

Nombre de su jefatura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma participante