# Formulario de Preinscripción

Los cursos serán dictados por la Universidad de los Lagos, Campus Santiago. Cada organización tiene un máximo de dos cupos. Para más información puede consultar al correo electrónico [josemiguel.jara@ulagos.cl](mailto:josemiguel.jara@ulagos.cl)

**Seleccione el Curso de interés (Marque con una X el o los cursos de su interés)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liderazgo** |  |
| **Diseño y formulación de proyectos** |  |

**Sección I. Datos de Organización**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de Organización** |  | | | | | | | | |
| **Año de inicio (desde personalidad jurídica)** |  | | | | | | | | |
| **Naturaleza de la Organización**  **(marque con una X)** | **PARA personas en situación de discapacidad** | | |  | **DE personas en**  **situación de**  **discapacidad** | | |  |  | |
| **Objetivo de la Organización** | *Describa brevemente en máximo 5 líneas* | | | | | | | | | | |
| **N° de socios o integrantes actuales** |  | | | | | | | | |
| **N° de mujeres en el directorio** |  | | | | | | | | |
| **Agrupa a otras organizaciones**  **(Por ejemplo, Unión comunal).**  **Marque con una X** | **Sí** |  | **No** | | |  |  | | |
| **Domicilio de la Organización** |  | | | | | | | | |
| **Comuna** |  | | | | | | | | |
| **Teléfono Fijo o Celular** |  | | | | | | | | |
| **Correo Organización** |  | | | | | | | | |

**Sección II. Datos personales del o la postulante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** |  | | |
| **R.U.T.** |  | | |
| **Edad** |  | | |
| **Máximo nivel**  **educativo alcanzado**  **(Marque una X)** |  | **No tiene estudios formales** | | |
|  | **Educación Básica** | | |
|  | **Educación Media** | | |
|  | **Educación Especial o Diferencial** | | |
|  | **Educación Superior Técnico y/o Técnico-Profesional** | | |
|  | **Educación Superior - Carrera Profesional** | | |
| **Relación con organización.**  Ej. Miembro, director (a), socio, etc. |  | | |
| **Correo Electrónico** |  | | |
| **Teléfono Fijo** |  | | |
| **Teléfono Celular** |  | | |
| **¿Se encuentra en situación de discapacidad?** | **Si** | | **No** |
| **Indique cuál:** | | |
| **Indique si tiene alguna necesidad especial por ser persona en situación de discapacidad para realizar estos cursos. Por ejemplo,**  **Textos en Braille, Intérprete de Lengua de Señas, etc.** |  | | |
| **N° de cursos que ha tomado en liderazgo** |  | | |
| **N° de curso tomados en elaboración de proyectos:** |  | | |

**Sección III. Declaración de motivaciones para postulación**

¿Qué espera obtener con su participación en este curso y cómo piensa aplicar lo aprendido?

(Máximo 10 líneas)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Sección IV. Certificado de Directorio**

Adjuntar certificado de directorio de la organización escaneado (el que corresponda a la directiva vigente al correo electrónico).