**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAPACITACIÓN**

**I. ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE**

NOMBRE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO QUE OCUPA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FACULTAD :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO DE CONTACTO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES DE LA SOLICITUD**

Marcar con una **(X)** la o las opciones que correspondan y completar los campos requeridos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE CAPACITACIÓN | 🞏 CURSO | 🞏 TALLER | | 🞏 SOCIALIZACIÓN |
| MODALIDAD DE LA CAPACITACIÓN | 🞏 PRESENCIAL | 🞏 B-LEARNING | | 🞏 ON-LINE |
| TEMÁTICA DE LA CAPACITACIÓN | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| DESTINATARIOS DE LA CAPACITACIÓN | 🞏 ACADÉMICOS /DOCENTES | 🞏 PROFESIONALES | | 🞏 OTROS |
| NÚMERO DE PARTICIPANTES | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| CANTIDAD DE HORAS SOLICITADAS | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| FECHA TENTANTATIVA DE EJECUCIÓN | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| HORARIO DE JORNADA | 🞏 MAÑANA | 🞏 TARDE | 🞏 MAÑANA Y TARDE | |
| ¿REQUIERE DE ESPACIO FÍSICO DONDE REALIZAR LA CAPACITACIÓN? | 🞏 SI | 🞏 NO | |  |
| ¿POSEE EQUIPAMIENTO PARA REALIZAR LA CAPACITACIÓN (PROYECTOR, COMPUTADOR, ENTRE OTROS)? | 🞏 SI | 🞏 NO | |  |

|  |
| --- |
| **ESPECIFICACIÓN DEL REQUERIMIENTO** |
|  |
| **COMENTARIOS Y/O CONSULTAS** |
|  |