**COUNCIL OF INTERNATIONAL FELLOWSHIP**

**(C.I.F.)**

**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE**

**INTERCAMBIO PROFESIONAL**

**EN ARGENTINA**

*Adjunte 1 foto carnet por cada planilla*

*Escriba su nombre en el dorso*

## Complete sus datos . Puede usar más de una línea en cada respuesta

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS  NOMBRES:  FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO  LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS  DIRECCIÓN (como se utiliza en su país de origen):  CORREO ELECTRÓNICO:    TELÉFONO DE LÍNEA  T. LABORAL T. MÓVIL:  PROFESIÓN:  NACIONALIDAD:  NÚMERO DE PASAPORTE:  NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  ESTADO CIVIL:  RELIGION (opcional): | | | | | | | | |
| **INFORMACION SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:**  NOMBRE Y APELLIDO:  DIRECCIÓN:  TELÉFONO: TELÉFONO MÓVIL:  CORREO ELECTRÓNICO:    RELACIÓN CON EL POSTULANTE: | | | | | | | | |
| **SALUD:**  Denos una detallada descripción sobre algún problema particular de salud, tratamiento indicado, recomendaciones, etc..    Tiene alguna restricción alimentaria SI☐ NO  Cuál:  Brinde detalles acerca de su seguro de salud durante el programa    Tiene alguna dieta alimentaria preferida (por ejemplo vegetariana, etc.) SI NO  Cuál:  Fuma? SI  NO | | | | | | | | |
| **EDUCACIÓN:** Comience con el estudio de grado más alto alcanzado, indicando los períodos cursados (años desde-hasta) | | | | | | | | |
| Título | | Institución | | | | | | Años |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
|  | |  | | | | | |  |
| **ACTIVIDAD PROFESIONAL:** | | | | | | | | |
| **TRABAJOS ANTERIORES:** | | | | | | | | |
| Fecha | Tipo de trabajo | | | | Agencia | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
| **SITUACIÓN PROFESIONAL:**  Posición y título de su actual trabajo: | | | | | | | | |
| Cuándo fue designado? | | | | | | | | |
| Nombre y direccion de la Agencia | | | | | | | | |
| **Propósito y función de la agencia** | | | | | | | | |
| Qué metodología de intervención profesional utiliza? | | | | | | | | |
| **Brinde detalles acerca de su trabajo profesional en una hoja separada, si fuera necesario, de acuerdo a los siguientes puntos:**   1. Quiénes son lo/as usuario/as de la agencia o a quiénes va dirigido el servicio? | | | | | | | | |
| 2. Cómo son derivado/as y/o cómo se acercan a su servicio? | | | | | | | | |
| 3. Qué edad tienen? | | | | | | | | |
| 4. **Describa sus principals responsabilidades** : | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE OTRAS RESPONSABILIDADES RELACIONADAS O NO CON SU TRABAJO PROFESIONAL (como por ejemplo docencia, voluntariado, Etc) | | | | | | | | |
| HA USTED PARTICIPADO O HA SIDO ACEPTADO COMO PARTICIPANTE DE OTRO PROGRAMA DE INTERCAMBIO PROFESIONAL CIF/CIPUSA? SI ☐ No  Si es SI: Año  País  Participó efectivamente? SI ☐ NO ☐  Si ha participado, brinde detalles acerca del area de trabajo: | | | | | | | | |
| **Explique cómo se informo acerca de los programas de CIF:** | | | | | | | | |
| **BRINDE DETALLES ACERCA DE LOS MOTIVOS QUE LO/A LLEVARON A POSTULARSE PARA PARTICIPAR DE ESTE PROGAMA DE CIF.** | | | | | | | | |
| **AREAS DE TRABAJO SOLICITADAS:**  Brinde detalles acerca del tipo de agencia, población, metodología de intervención y ubicación professional que le gustaría observar:  1ª Elección:  2ª Elección:  3ª Elección: | | | | | | | | |
| Si su elección es difierente a su area de trabajao, exlique los motivos: | | | | | | | | |
| Si CIF no puede organizar un programa acorde a su primera elección, preferiría posponer su participación para otro año?  SI ☐ NO | | | | | | | | |
| Además de sus elecciones respecto a las áreas de trabajo mencionadas, hay algun otro ámbito de inserción profesional que le gustaría conocer? | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN FINANCIERA:**  Le dan licencia en su trabajo para concurrir a este programa de CIF ? SI NO | | | | | | | | |
| Cuando regrese a su trabajo después del programa, lo hará a la misma  posición que tenía antes de participar: SI NO | | | | | | | | |
| Su licencia pra participar es con goce de haberes? SI NO | | | | | | | | |
| Quién pagará el costo de su viaje? | | | | | | | | |
| Vive usted en un país con restricciones cambiarias? SI NO  Si es SI, cuál es el monto máximo autorizado en moneda extranjera que usted puede traer consigo? | | | | | | | | |
| **Tiene parientes o amigos en el país del programa?** SI NO  Si es SI, dónde? | | | | | | | | |
| **CONOCIMIENTO DEL IDIOMA DEL PROGRAMA:** | | | | | | | | |
| Idioma: **CASTELLANO** | | |  | | | SUFICENTE | BUENO | EXCELENTE |
|  | | | Lectura | | |  |  |  |
|  | | | Escritura | | |  |  |  |
|  | | | Conversación | | |  |  |  |
|  | | | Comprensión | | |  |  |  |
| Habla otro idioma?  Si es SI, brinde detalles: | | | | | | | | |
| **OTROS VIAJES AL EXTRANJERO:** | | | | | | | | |
| **País** | | **Año** | | **Objetivo** | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
| Cuáles son sus hobbies o esparcimientos preferidos en su tiempo libre **Deporte**  **Viajar** | | | | | | | | |
| **Se ha inscripto en otro Programa de Cif este añor?** SI NO  Si es SI, en cuál? | | | | | | | | |
| **ESTATUTO PARA LOS POSTULANTES. LÉALO CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR:**  Certifico que la información dada en esta postulación es completa y precisa, y que no he participado en otro Programa de CIF/CIPUSA en los últimos 3 años.  Certifico que me suscribí a una póliza de seguro de salud / accidentes que cubre todos los gastos, que puedan ocurrir durante el programa, y, por la presente desligo a CIF / CIF ARGENTINA de toda responsabilidad por los mismos.  Entiendo y acepto que esta información sera compartida con CIF Internacional (Ramas nacionales y personas de contacto)    Me comprometo a participar responsablemente del programa, y comprendo/acepto que con respecto a la emisión de la visa, ello dependerá de las condiciones del país al cual viajo.    Acuerdo, que como participante, la siguiente información será puesta a disposición del Consejo Directivo, siendo de uso interno exclusivamente:    FECHA FIRMA  **ENVIE LA PLANILLA COMPLETA A SU PROPIA RAMA NACIONAL DE CIF ALLÍ DONDE EXISTA. SI NO HUBIERA RAMA NACIONAL O PERSONA DE CONTACTO, ENVÍELA AL PAÍS DEL PROGRAMA DONDE SE POSTULA.**  **Direcciones de Ramas Nacionales de Cif pueden ser encontradas en: www.cifinternational.com** | | | | | | | | |