

Curso Especializado sobre Derechos Humanos de las Mujeres

FORMULARIO DE SOLICITUD (Mecanografiado o letras de imprenta):

El/La _____
(nombre de la organización/institución/compañía que postula al candidato)

nomina a _____
(nombre del/la solicitante)

**para el Curso Especializado sobre Derechos Humanos de las Mujeres, San José, Costa Rica,
20 de noviembre - 1 de diciembre, 2006**

Comentarios _____

Fecha _____

La nominación ha sido aprobada por _____
Jefe de la Institución
(Nombre y firma)

La fecha límite de entrega de esta solicitud es el 31 de agosto, 2006.
No se considerarán solicitudes incompletas o recibidas después de esta fecha.

Por favor envíe su aplicación con dos copias, una para cada organización:

Instituto Raoul Wallenberg

Teléfono: +46 46 222 12 20
E-mail: aplicaciones@rwi.lu.se

Instituto Interamericano de Derechos Humanos

Teléfono: +506 234 0404
E-mail: dtrimino@iidh.ed.cr

HISTORIA PERSONAL

4 Dirección física del domicilio		5 Teléfono (del domicilio) (código del país/código de área): Celular: Correo electrónico personal:			
6 Nacionalidad		Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Número de pasaporte (costarricenses o residentes pueden aportar número de cédula)					
7 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
8 Nombre y dirección de la persona a quien se puede notificar en caso de una emergencia Teléfono: Correo electrónico:					
9 Visitas anteriores a países extranjeros en relación con los intereses profesionales o educativos del solicitante					
País	Año	Duración de la estancia	Motivo de la estancia		
10 Educación (empezando con la más reciente)					
Nombre de la institución y lugar de estudio	Campo de estudio	Título adquirido	Años de estudio desde-hasta		
11a Mencione si es miembro de alguna organización/colegios profesionales o de alguna otra institución que desarrolle actividades en asuntos civiles, públicos o internacionales. Si lo es, explique qué tipo de actividades realiza. 11b Mencione además su trayectoria en el campo de los derechos humanos.					
12 Haga una lista de publicaciones relevantes que haya escrito (no las adjunte)					
13 ¿Ha participado anteriormente en un programa de capacitación financiado por ASDI, IRW, o IIDH? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa, dé el nombre del programa y la fecha en que fue realizado.					
14 Declaración personal. Por favor, entregue una página adicional con la siguiente información: 1.) Mencione brevemente el motivo por cual desea participar en este programa, su principal campo de interés y cómo espera beneficiarse del mismo. 2.) Adjunte un documento de trabajo de elaboración personal que exponga un problema o situación de vulnerabilidad de los derechos humanos de las mujeres en su país y explique cómo puede contribuir usted al mismo, desde el trabajo que realiza en su organización o institución. Los requisitos de contenido y presentación se encuentran en el folleto informativo y cada postulante debe seguirlos para calificar al curso. Por favor, tenga en cuenta que la declaración personal es un criterio importante en el proceso de selección.					
15 Si soy seleccionado/a, mi nombre puede ser publicado en la página web de IRW y de IIDH <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

EXPERIENCIA PROFESIONAL Para que su solicitud sea completa, por favor describa los detalles de las labores y responsabilidades de cada uno de los cargos que ha ocupado

A. CARGO ACTUAL

16 Título del cargo	Descripción del puesto, incluyendo las responsabilidades personales
Años de servicio: desde - hasta	
Tipo y nivel de organización	
Nombre del supervisor (si tiene uno)	
Nombre y dirección del empleador	

B. CARGO ANTERIOR

17 Título del cargo	Descripción del puesto, incluyendo las responsabilidades personales
Años de servicio: desde - hasta	
Tipo y nivel de organización	
Nombre del supervisor (si tiene uno)	
Nombre y dirección del empleador	

DECLARACIÓN MÉDICA

- No padezco de ninguna enfermedad infectocontagiosa (como por ejemplo tuberculosis o conjuntivitis), la cual podría presentar riesgos para las personas con las que estaré en contacto.
- No sufro de ninguna condición médica que me impide llevar a cabo un entrenamiento intensivo lejos de mi país de origen
- Gozo de buena salud y de una capacidad máxima de trabajo

Comentario. Si sufre de algún padecimiento que requiera atención constante; como la diabetes, hipertensión, etc, favor indicarlo en el siguiente espacio

Por qué medio encontró la información sobre el curso?

- Embajada
- Página web del IRW
- Página web del IIDH
- Por correo electrónico
- Otro

Firma del Solicitante

Yo certifico con pleno conocimiento y voluntad que las respuestas a las preguntas en este formulario son verdaderas, completas y correctas. En caso de ser aceptado como participante, me comprometeré a usar el tiempo del período del curso según las directivas que me serán informadas.

Fecha _____ Firma del solicitante _____

Si usted es seleccionado/a, será notificado por correo electrónico.

Por favor, tome en cuenta que tendrá que confirmar su aceptación por el mismo medio.



Raoul Wallenberg Institute
of Human Rights and Humanitarian Law