GERENCIA NUCLEAR

DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y LICENCIAMIENTO

Formulario Solicitud de Capacitación Empresarial

Fecha de Solicitud:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LLENAR EN LETRA DE MOLDE O COMPUTADORA | | |
|  | | |
| Nombre de la Capacitación: | | |
| Disponibilidad Horaria | | Opción Preferida: |
| Opción Alternativa: |
| Carga Horaria Sugerida | | Opción Preferida: |
| Opción Alternativa: |
| INFORMACIÓN DE LA EMPRESA | | |
| Nombre: | RNC: | |
| Dirección: | | |
| Sector: | Cuidad: | |
| Teléfono: | Fax: | |
| Email: | Website: | |
| Nombre del Titular: | Cargo: | |
| Práctica de la Empresa: | | |
| Objetivo de la capacitación: | | |
| Cantidad de personal seleccionado para la capacitación: | | |
|  | | |

* REGISTRO DEL PERSONAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LLENAR EN LETRA DE MOLDE O COMPUTADORA PARA CADA PERSONAL | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | Sexo: M    F | | | | |
| INFORMACIÓN PERSONAL | | | | | | | | | | |
| Apellidos: | | | Nombres: | | | | | | | |
| Cedula o Pasaporte: | | | Lugar de Nacimiento: | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | Cuidad: | | | |
| Teléfono: | | | Celular: | | | | | | | |
| E-mail: | | | Fecha Nacimiento: | | | | | | | |
| INFORMACIÓN PROFESIONAL | | | | | | | | | | |
| Carreras | Instituciones |  | | | | | | | | |
|  |  | Maestría | |  | Estudiante | | |  | Graduado |  |
|  |  | Grado | |  | Estudiante | | |  | Graduado |  |
|  |  | Postgrado | |  | Estudiante | | |  | Graduado |  |
|  |  | Técnico | |  | Estudiante | | |  | Graduado |  |
|  |  | Estudiante | |  | Estudiante | | |  | Graduado |  |
| INFORMACIÓN LABORAL | | | | | | | | | | |
| Área o Dpto.: | | | Teléfono:      Ext.: | | | | | | | |
| Cargo que Ocupa: | | | Tiempo en el Cargo: | | | | | | | |
| Supervisor Inmediato: | | | Teléfono: | | | | | | | |

\*ESTE FORMULARIO SERÁ REQUERIDO EL PRIMER DÍA DEL CURSO