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