**ANEXO N°10: DIAGNÓSTICO Y SELECCIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ANTECEDENTES DEL FACILITADOR OCUPACIONAL Y DEL CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° teléfono celular | | +56 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Línea del curso al que postula (marcar x) | | Sectorial Cuidados | | |  | | | Discapacidad | | | | | | | |  | | Infractores de ley | | | | | | | | | |  | | | |
| Otra | | |  | | | Cuál (especificar) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del curso | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salida del curso (marcar x) | | Dependiente | | |  | | | | | | | | | Independiente | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Comuna/región del curso | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre OTEC ejecutora | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE AL CURSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de RUT | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° teléfono celular | | +56 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comuna/región postulante | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Discapacidad | | (sí/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de discapacidad | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Registro de discapacidad (sí/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. SITUACIÓN EDUCACIONAL DE QUIEN POSTULA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel de estudios (marcar con x) | | Educación básica | | | | | | | | | | | |  | | | | Último año aprobado | | | | | | | | | | | | |  |
| Educación media técnico profesional | | | | | | | | | | | |  | | | | Último año aprobado | | | | | | | | | | | | |  |
| Educación media científico humanista | | | | | | | | | | | |  | | | | Último año aprobado | | | | | | | | | | | | |  |
| Educación superior | | | | | | | | | | | |  | | | | Último año aprobado | | | | | | | | | | | | |  |
| Nivelación de estudios | | Tiene interés por la nivelación (sí/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De qué tipo le interesa | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Computación | | Usa computador (sí/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel (básico, medio, avanzado) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Licencia de conducir | | Licencia de conducir (sí/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qué tipo de licencia tiene | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.SITUACIÓN FAMILIAR DEL POSTULANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jefe/a de hogar (sí/no) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personas a su cargo | | (si/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relación familiar con usted 1 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Edad | | | | |  | | | | |
| Relación familiar con usted 2 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Edad | | | | |  | | | | |
| Relación familiar con usted 3 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Edad | | | | |  | | | | |
| Relación familiar con usted 4 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Edad | | | | |  | | | | |
| Alguna con discapacidad (sí/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Edad | | | | |  | | | | |
| Quién aporta el principal recurso al hogar | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monto aproximado del aporte | | | | $ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subsidios del estado | | Recibe algún subsidio estatal (sí/no) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuál 1 | |  | | | | | | | | | | | | | Monto | | | | | $ | | | | | | | | | |
| Cuál 2 | |  | | | | | | | | | | | | | Monto | | | | | $ | | | | | | | | | |
| Cuál 3 | |  | | | | | | | | | | | | | Monto | | | | | $ | | | | | | | | | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.INTERÉS EN CAPACITARSE: QUÉ LE MOTIVA A PARTICIPAR EN EL CURSO (marcar con x, puede ser más de 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encontrar trabajo | |  | Formar/mejorar su propio negocio | | | | | | | | | |  | | Continuar estudios superiores | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Independizarse económicamente | |  | Crecimiento personal | | | | | | | | | |  | | Conocer nuevas personas | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Ocupar el tiempo | |  | Formalizar mi negocio | | | | | | | | | |  | | Otro (Cuál): | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 6. INDICAR LOS TRES ÚLTIMOS CURSOS REALIZADOS POR EL POSTULANTE (incluir el año) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. EXPERIENCIA LABORAL DE LA PERSONA POSTULANTE (las dos últimas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa 1 | Periodo | | | Desde (mes/año) | | | | Hasta (mes/año) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nombre empresa | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funciones | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón del cese | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa 2 | Periodo mm/año | | | Desde (mes/año) | | | | |  | | | | Hasta (mes/año) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Nombre empresa | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Funciones | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón del cese | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No tiene experiencia laboral (marcar x) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. SITUACIÓN GENERAL DE SALUD  Considerar aspectos del postulante, relativos al bienestar físico, mental y social que sean importantes considerar para el desarrollo del Plan Formativo (del curso), obtención de instrumento habilitante o referencial, cuando aplique, y  acceder a una posible práctica laboral o a un eventual puesto de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  | | |  |  |  | | | | | | |  |  |  | |  | | |  | | | |  | |  |  |  |  |  |  |

Fecha y lugar de aplicación del Anexo N°10:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre y firma de participante |  | Nombre y firma del Apoyo Sociolaboral |