**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 SALUDConsiderar 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, yacceder 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 |