**COUNCIL OF INTERNATIONAL FELLOWSHIP**

**(C.I.F.)**

**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE**

**INTERCAMBIO PROFESIONAL**

**EN ARGENTINA**

 *Adjunte 1 foto carnet por cada planilla*

*Escriba su nombre en el dorso*

## Complete sus datos . Puede usar más de una línea en cada respuesta

|  |
| --- |
| APELLIDOS NOMBRES: FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS DIRECCIÓN (como se utiliza en su país de origen): CORREO ELECTRÓNICO: TELÉFONO DE LÍNEA  T. LABORAL T. MÓVIL: PROFESIÓN: NACIONALIDAD: NÚMERO DE PASAPORTE: NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ESTADO CIVIL: RELIGION (opcional):  |
| **INFORMACION SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:**NOMBRE Y APELLIDO: DIRECCIÓN: TELÉFONO: TELÉFONO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO: RELACIÓN CON EL POSTULANTE:  |
| **SALUD:**Denos una detallada descripción sobre algún problema particular de salud, tratamiento indicado, recomendaciones, etc..Tiene alguna restricción alimentaria SI☐ NOCuál: Brinde detalles acerca de su seguro de salud durante el programaTiene alguna dieta alimentaria preferida (por ejemplo vegetariana, etc.) SI NO Cuál: Fuma? SI NO  |
| **EDUCACIÓN:** Comience con el estudio de grado más alto alcanzado, indicando los períodos cursados (años desde-hasta)  |
| Título | Institución | Años |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ACTIVIDAD PROFESIONAL:** |
| **TRABAJOS ANTERIORES:** |
| Fecha | Tipo de trabajo | Agencia |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SITUACIÓN PROFESIONAL:**Posición y título de su actual trabajo:  |
| Cuándo fue designado? |
| Nombre y direccion de la Agencia |
| **Propósito y función de la agencia** |
| Qué metodología de intervención profesional utiliza?  |
| **Brinde detalles acerca de su trabajo profesional en una hoja separada, si fuera necesario, de acuerdo a los siguientes puntos:**1. Quiénes son lo/as usuario/as de la agencia o a quiénes va dirigido el servicio?
 |
| 2. Cómo son derivado/as y/o cómo se acercan a su servicio? |
| 3. Qué edad tienen? |
| 4. **Describa sus principals responsabilidades** :  |
| DESCRIPCIÓN DE OTRAS RESPONSABILIDADES RELACIONADAS O NO CON SU TRABAJO PROFESIONAL(como por ejemplo docencia, voluntariado, Etc) |
| HA USTED PARTICIPADO O HA SIDO ACEPTADO COMO PARTICIPANTE DE OTRO PROGRAMA DE INTERCAMBIO PROFESIONAL CIF/CIPUSA?SI ☐ NoSi es SI: Año  País  Participó efectivamente? SI ☐ NO ☐Si ha participado, brinde detalles acerca del area de trabajo:  |
| **Explique cómo se informo acerca de los programas de CIF:** |
| **BRINDE DETALLES ACERCA DE LOS MOTIVOS QUE LO/A LLEVARON A POSTULARSE PARA PARTICIPAR DE ESTE PROGAMA DE CIF.** |
| **AREAS DE TRABAJO SOLICITADAS:**Brinde detalles acerca del tipo de agencia, población, metodología de intervención y ubicación professional que le gustaría observar:1ª Elección: 2ª Elección:3ª Elección:  |
| Si su elección es difierente a su area de trabajao, exlique los motivos:  |
| Si CIF no puede organizar un programa acorde a su primera elección, preferiría posponer su participación para otro año?SI ☐ NO  |
| Además de sus elecciones respecto a las áreas de trabajo mencionadas, hay algun otro ámbito de inserción profesional que le gustaría conocer? |
| **INFORMACIÓN FINANCIERA:**Le dan licencia en su trabajo para concurrir a este programa de CIF ? SI NO  |
| Cuando regrese a su trabajo después del programa, lo hará a la misma posición que tenía antes de participar: SI NO  |
| Su licencia pra participar es con goce de haberes? SI NO  |
| Quién pagará el costo de su viaje? |
| Vive usted en un país con restricciones cambiarias? SI NO Si es SI, cuál es el monto máximo autorizado en moneda extranjera que usted puede traer consigo?  |
| **Tiene parientes o amigos en el país del programa?** SI NO Si es SI, dónde?  |
| **CONOCIMIENTO DEL IDIOMA DEL PROGRAMA:** |
| Idioma: **CASTELLANO** |  | SUFICENTE | BUENO | EXCELENTE |
|  | Lectura |  |  |  |
|  | Escritura |  |  |  |
|  | Conversación |  |  |  |
|  | Comprensión |  |  |  |
| Habla otro idioma? Si es SI, brinde detalles:  |
| **OTROS VIAJES AL EXTRANJERO:** |
| **País** | **Año** | **Objetivo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Cuáles son sus hobbies o esparcimientos preferidos en su tiempo libre**Deporte****Viajar** |
| **Se ha inscripto en otro Programa de Cif este añor?** SI NO Si es SI, en cuál?  |
| **ESTATUTO PARA LOS POSTULANTES. LÉALO CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR:**Certifico que la información dada en esta postulación es completa y precisa, y que no he participado en otro Programa de CIF/CIPUSA en los últimos 3 años.Certifico que me suscribí a una póliza de seguro de salud / accidentes que cubre todos los gastos, que puedan ocurrir durante el programa, y, por la presente desligo a CIF / CIF ARGENTINA de toda responsabilidad por los mismos.Entiendo y acepto que esta información sera compartida con CIF Internacional (Ramas nacionales y personas de contacto)Me comprometo a participar responsablemente del programa, y comprendo/acepto que con respecto a la emisión de la visa, ello dependerá de las condiciones del país al cual viajo. Acuerdo, que como participante, la siguiente información será puesta a disposición del Consejo Directivo, siendo de uso interno exclusivamente: FECHA FIRMA **ENVIE LA PLANILLA COMPLETA A SU PROPIA RAMA NACIONAL DE CIF ALLÍ DONDE EXISTA. SI NO HUBIERA RAMA NACIONAL O PERSONA DE CONTACTO, ENVÍELA AL PAÍS DEL PROGRAMA DONDE SE POSTULA.****Direcciones de Ramas Nacionales de Cif pueden ser encontradas en: www.cifinternational.com** |