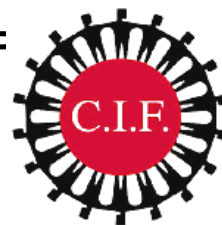


**COUNCIL OF INTERNATIONAL FELLOWSHIP
(C.I.F.)**



**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 NO

Cuál:

Brinde detalles acerca de su seguro de salud durante el programa

Tiene 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 dirección 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 principales 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 No

Si 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 profesional que le gustaría observar:

1ª Elección:

2ª Elección:

3ª Elección:

Si su elección es diferente a su area de trabajao, explique 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 para 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** SUFICIENTE 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 año? 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