**Formulario de Postulación**

Sociedad Chilena de Hematología

**1. Información del postulante**

Todas las casillas se deben completar.

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido:  | Título(s): |
| Nombre: | Sexo:  |
|  |
| Institución: |
| Cargo Actual: |
| Dirección de la Institución:  |
| Dirección Residencial o de Correspondencia: |
| E-mail:  | Teléfono |

**2. Descripción del programa de capacitación**

Nombre:

Institución:

Supervisor o tutor directo:

Describa en detalle el programa de actividades y el cronograma

A. Explique por favor por qué esta capacitación beneficiará a su institución de origen.

B. ¿Qué tipo de pacientes se beneficiarán directamente con la implementación de esta capacitación?

C. Señale por qué esta capacitación no puede obtenerse en su institución de origen.

D. Explique por qué usted está calificado para recibir esta capacitación. ¿Cómo su formación lo ha preparado para beneficiarse de esta para la capacitación

E. Describa específicamente por qué usted se encuentra en la mejor posición para realizar esta capacitación

**3. Implementación de la Capacitación**

A su retorno usted debe ser capaz de implementar la capacitación en su institución de origen. Responda por favor a las siguientes preguntas sobre la aplicación de su capacitación en su institución.

A. ¿Qué equipos, reactivos, fármacos, infraestructura etc., están disponibles en su institución de origen para implementar la capacitación? (Esto está en directa relación al tipo de entrenamiento que recibirá. Punto 2 de este

formulario).

C. Señale el personal en su institución que trabajará con usted en la implementación de esta capacitación tras su retorno.

D. Describa su actual cargo en su institución de origen y sus responsabilidades . ¿Cómo su cargo en su institución permitirá que usted implemente las prácticas de capacitación específicas y el conocimiento en su institución de origen

**4. Presupuesto**

Utilice los ítems abajo para elaborar un presupuesto para su experiencia en la capacitación. Las inscripciones con presupuestos moderados y/o con soporte financiero de la institución de origen o de otras fuentes (apoyo en especie) se considerarán favorablemente.

A. Indique por favor la cantidad y la fuente de cualquier aporte adicional que usted recibirá para participar de esta capacitación.

B. Especifique por favor sus gastos estimados para los siguientes

Ítems

 US$: Pasaje aéreo ida y vuelta:

Hospedaje:

Gastos diarios (alimentación/transporte):

Otros: (especifique por favor ítem y costos para **CADA** ítem adicional)

C. Señale por favor cualquier solicitud adicional de financiaciamiento que usted tenga y declare por qué es necesaria para concretar su capacitación. Observe por favor que SOCHIHEM no financiará costos de gastos incidentales, tales como computadoras, **reactivos**, ropas adecuadas para el clima, participación en reuniones, ítems personales, etc.

D. Indique por favor el valor total de su presupuesto propuesto (en dólares americanos).

**5. Formulario de Apoyo de la Institución de Origen y curriculum del postulante**

Los siguientes documentos deben ser adjuntados para que su postulación se considere completa.

Formulario de Apoyo de la Institución de Origen (Anexo A)

Formulario del Curriculum Vitae del Postulante (Apéndice B)

**6. Declaración de Veracidad de las Informaciones**

Declaro que los hechos e informaciones incluidos en esta postulación y en mi curriculum vitae son auténticos y verdaderos.

Firma del postulante:

Fecha:

**7. Plazo Final y Envío**

Todos los dcoumentos deben ser enviados máximo hasta el**, de 2019.** El envío puede ser a través de medio electrónico.

**Anexo A: Formulario de Apoyo de la Institución de Origen**

Este formulario debe ser completado por el supervisor y/o jefe directo del postulante en la institución de origen y enviado antes del plazo final. **Es responsabilidad del postulante asegurarse que este formulario sea enviado**

Nombre del Postulante:

Institución de Origen:

Supervisor o jefe directo de la Institución de Origen:

Cargo del Supervisor o jefe directo de la Institución de Origen:

1. Por favor describa cómo este entrenamiento beneficiará específicamente su área / departamento. Como se mejorará el manejo de los pacientes hematológicos a través de la implementación de esta formación en su institución?

2. Su servicio/departamento posee el equipamiento y recursos necesarios para la implementación de la capacitación al retorno del postulante?

3. Qué tipo de soporte y facilidades le otorgará al postulante con el fin de implementar la capacitación?

**Firma del Supervisor** (obligatoria)

Mi firma indica que *yo* apoyo dicha capacitaci6n *y* confirmo que el postulante tendra el tlempo suficiente y facilidades para viajar *y* reasumir sus funciones en nuestra institución.

La información contenida en este formulario son auténticas y verdaderas.

Firma del Supervisor:

Fecha:

**Apendice B: Formulario del Curriculum**

**Por favor complete su curriculum de acuerdo al siguiente formato**

|  |
| --- |
| Nombre |
| Institución |
| Cargo actual |
| Dirección | Ciudad |
| Telefono | Fax | E-Mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Títulos | Lugar de obtención | Fecha |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Experiencia laboral**

19XX- XXXX

**Miembro de Sociedades**

Sociedad Chilena de Hematología 19XX

**Publicaciones (últimos 5 años)**

Citar las publicaciones siguiendo el formato internacional:

a) Citas en revistas:

Autores (Apellido e Inicial del primer nombre y segundo si lo hubiera). Nombre artículo. Nombre revista. Año; Volumen: Páginas

Ejemplo: Cameron DW, da Silva BA, Arribas JR, Myers RA, Bellos NC, Gilmore N, King MS, Bernstein BM, Brun SC, Hanna GJ. A 96-week comparison of lopinavir-ritonavir combination therapy followed by lopinavir-ritonavir monotherapy versus efavirenz combination therapy. J Infect Dis. 2008; 198:234-40.

 b) Citas en capítulos de libros:

En libros: Autores (Apellido e Inicial del primer nombre y segundo si lo hubiera). Nombre capítulo. "En" Editores (apellidos). Nombre Libro. Nº Edición. Editorial. Ciudad, país, año.

 Ejemplo: Curtis A, Haggerty DB. Deletion and duplication analysis in males affected with Duchenne muscular dystrophy. Edited by Bushby, Anderson. Muscular Dystrophy. Humana Press, Totowa, USA, 2007.

c) Cuando un trabajo no ha sido publicado (en prensa), se debe especificar en qué categoría está:

 - Enviado

- En revisión

- Aceptado

**Presentaciones a Congresos (últimos 5 años)**

Autores (Apellido e Inicial del primer nombre y segundo si lo hubiera).Nombre del trabajo. Nombre Congreso. Ciudad, fecha.

Ejemplo: Rojas MJ, Navas JA, Greene SA, Rector DM. Tumor necrosis factor alpha: activity dependent expression and promotion of cortical column sleep in rats. Reunión Anual Sociedad de Neorociencia, Madrid, Agosto 2008.

**Participación en Proyectos de Investigación (últimos 5 años)**

Precise si participó como investigador responsable o coinvestigador o colaborador: en este caso, nombre al investigador responsable. Además se debe especificar la fuente de financiamiento