**FICHA INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

**CAPACITACIONES BÁSICAS**

**PROGRAMA GLOBAL PARA EL DESARROLLO**

**INCLUSIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

1. **INORMACIÓN PERSONAL:**
2. Nombre completo:
3. Fecha de nacimiento: c) Edad:
4. Idioma:
5. Número de Documento Personal de Identificación (DPI):
6. Asociación a la que pertenece:
7. ¿Pertenece a otras Asociaciones? (En caso positivo), favor indicarlo)
8. Usted ocupa algún puesto en la junta directiva o comisión en su organización. (En caso su respuesta sea positiva, favor indicar en que consiste su posición)
9. Escolaridad:
10. Profesión u oficio:
11. Usted trabaja formalmente (devenga un salario). (En caso su respuesta sea positiva, favor haga una pequeña descripción de su actividad laboral)
12. Dirección de correo electrónica y número telefónico:
13. Dirección física donde ubicarle:
14. Nombre de la persona que respalda su postulación:
15. Cargo de la persona que le postula:

**II) EXPERIENCIA EN CAPACITACIÓN**

1. Por favor llene el siguiente cuadro de capacitaciones recibidas en temas relacionados a las actividades que su Asociación lleva a cabo y/o de su vida comunitaria.

| **No.** | **Nombre de la capacitación** | **Duración en días** | **¿De qué contenidos se acuerda?** | **¿Qué institución/organización la facilitó?** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**III) SITUACIÓN DE SALUD**

1. Tipo de discapacidad:
2. ¿Tiene algunos problemas de salud? Si No (En caso positivo, favor hacer una descripción de la o las mismas)
3. ¿Está bajo tratamiento médico? Si No (Por favor indique los nombres de medicamentos que le han sido recetados)
4. En caso de emergencia, favor indique: Nombre (s) de la (s) personas a quien avisar y números telefónicos:
5. ¿Necesita alguna alimentación en especial? Si No (En caso positivo, favor describirla)

**III) SUS EXPECTATIVAS Y OTRAS INFORMACIONES REQUERIDAS**

a) Indique cuáles son sus motivaciones para participar en las capacitaciones:

b) Después de haber recibido las capacitaciones, ¿En qué se compromete a apoyar a sus Asociación?

1. ¿Alguna sugerencia?
2. Lugar y fecha de postulación:
3. Nombre completo y firma: