

4^{to} Curso Internacional

“Modelo de Rehabilitación Integral IDEAL”



FUNDACIÓN IDEAL
Para la rehabilitación integral
“Julio H. Calonje”

Abril 24 al 28 de 2017 Santiago de Cali- Colombia

DATOS GENERALES

PAIS DE PROCEDENCIA	
CIUDAD	
NOMBRE (S)	
APELLIDOS	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
N° DE PASAPORTE	
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN PATROCINADORA	

FOTO

(Adjunte aquí su fotografía)

INFORMACION PERSONAL

FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	
	MES	
	AÑO	
ESTADO CIVIL		
TELÉFONO(S) DE CONTACTO		
CORREO ELECTRÓNICO		
EN CASO DE EMERGENCIA, INFORMAR A		
NOMBRE		
TELÉFONO		
DIRECCIÓN		
E-MAIL		
PARENTESCO		

1. INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PATROCINANTE (Debe ser diligenciado por el Director de Organización o Jefe de Servicio)

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN		
TIPO DE ORGANIZACIÓN	PÚBLICA	
	PRIVADA	

	ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL	
	OTRA	
MISIÓN ORGANIZACIONAL		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA INSTITUCIÓN		
DESCRIBA BREVEMENTE ¿CÓMO EL CURSO INTERNACIONAL MODELO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL IDEAL, CONTRIBUIRÁ AL LOGRO DE ESTOS OBJETIVOS?		
DESCRIBA BREVEMENTE ¿QUÉ ACCIONES CONCRETAS PLANTEARÍA PARA LA CONSECUCCIÓN DE ESTOS OBJETIVOS?		

2. INFORMACIÓN DEL POSTULANTE (Debe ser completado por el postulante)

CARGO ACTUAL EN LA ORGANIZACIÓN		
SERVICIO / UNIDAD / DEPARTAMENTO		
FECHA DE INGRESO A LA ORGANIZACIÓN	MES	
	AÑO	
FECHA INICIO CARGO ACTUAL	MES	
	AÑO	
DESCRIPCIÓN DEL CARGO (Incluyendo funciones y responsabilidades, número de personas a cargo, datos de intervención a personas con discapacidad y/o familias)		

EXPERIENCIA PROFESIONAL (Incluyendo experiencia en área clínica, gestión, docencia e investigación en procesos de habilitación/rehabilitación integral de personas con discapacidad)

3. INFORMACION ESPECÍFICA

Ha trabajado, realizado investigación o participado en el desarrollo de algunos de los siguientes aspectos o temas (Marque con una X y explique brevemente)

TEMA	"X"	DESCRIPCIÓN
Políticas Públicas en Discapacidad		
Procesos de Habilitación /rehabilitación integral/educación de personas con discapacidad.		
Rehabilitación Basada en la Comunidad -R.B.C-		
Docencia universitaria dirigida a profesionales del campo de la rehabilitación.		
Tele-Rehabilitación		

Investigación en discapacidad, habilitación rehabilitación Integral o temas relacionados.

4. INFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIO/PROGRAMA QUE SOLICITA PARA REALIZAR PASANTÍA DE PROFUNDIZACIÓN Y REFERENCIACIÓN (Favor seleccionar con una X, un solo programa)

UNIDAD DE SERVICIO	PROGRAMA	SELECCIÓN (X)
Unidad de Habilitación y Rehabilitación Integral.	Programa de Consulta Externa.	
	Programa Especializado en Neurodesarrollo Pediátrico	
	Programa Especializado en Neurorehabilitación.	
Unidad Educativa.	Programa Centro Educativo IDEAL	
	Programa Educación para el Trabajo y La Productividad	
Programas Transversales	Programa de Rehabilitación Basada en la Familia -RBF	
	Programa de Rehabilitación con Participación Comunitaria	
	Programa de Inclusión	

CONFIRMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PATROCINADORA

Declaro que he examinado el presente documento y que la información aquí entregada es verdadera, por lo que apoyamos la designación del presente postulante en nombre de nuestra institución.

FECHA

NOMBRE

CARGO

DEPARTAMENTO SERVICIO

FIRMA

SELLO	
--------------	--

Declaro que he leído las instrucciones de la convocatoria y que la información entregada en el presente formulario es completa y verdadera.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	
FECHA	
FIRMA	

(Formulario adaptado del Proyecto de Cooperación Técnica entre Colombia y Japón 2008-2012)

Enviar el presente formulario de postulación, a los correos electrónicos direccion@fundacionideal.org.co y mercadeoventas@fundacionideal.org.co antes del **10 de marzo de 2017**

4^{to} **Curso Internacional**
"Modelo de Rehabilitación Integral IDEAL"



FUNDACIÓN IDEAL
Para la rehabilitación integral
"Julio H. Calonje"

Abril 24 al 28 de 2017 Santiago de Cali- Colombia