|  |
| --- |
| **FORMULARIO**  **Certificado de Información Laboral**  **Para presentación a postulación en concurso a Becas de Magíster en el extranjero para Profesionales de la Educación Becas Chile, año académico 2019** |
| Le solicitamos completar este documento respecto de la información laboral de el/la postulante con el establecimiento educacional. Usted podrá extenderse en el espacio que estime necesario, para presentar con claridad sus respuestas. Este documento solo puede ser completado por el responsable o sostenedor/a del establecimiento educacional Le solicitamos que complete con rigurosidad el presente formulario y así evite perjuicios al/a la postulante. |

1. **ANTECEDENTES DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del establecimiento educacional (máximo 100 caracteres) | |
|  | |
| RBD del establecimiento educacional |  |
| Año de Fundación del establecimiento |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Seleccione el tipo de dependencia del establecimiento educacional  (escoja una opción de la lista) | Municipal/Público |
| Corporación de Administración Delegada (DL 3166) |
| Particular Subvencionado sin Financiamiento Compartido |
| Particular Subvencionado con Financiamiento Compartido |
| Particular Pagado |
| Establecimientos dependientes de los Servicios Locales de Educación Pública |
| Seleccione el tipo de educación que imparte el establecimiento  (escoja una opción de la lista) | Educación Parvularia |
| Educación Científico – Humanista |
| Educación Técnico – Profesional |
| Educación para Adultos |
| Educación Especial |
| Otra, señale: |

|  |  |
| --- | --- |
| País | **CHILE** |
| Región |  |
| Comuna |  |
| Dirección |  |

1. **ANTECEDENTES DEL/DE LA POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido paterno |  |
| Apellido materno |  |
| Primer nombre |  |
| Segundo nombre |  |
| RUN |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Seleccione la función principal que desarrolla  (escoja solo una opción de la lista) | Educador/a Párvulos |
| Educador/a Diferencial |
| Profesor/a Ed. Básica 1er ciclo |
| Profesor/a Ed. Básica 2do ciclo |
| Profesor/a Ed. Media |
| Jefe UTP |
| Directivo |
| Otra, señale: |
| Seleccione el tipo de contrato  (escoja una opción de la lista) | A contrato |
| A plazo fijo |
| Honorario |
| Carga horaria semanal (de 1 a 50 horas) |  |
| Nombre de jefe directo |  |
| Correo electrónico jefe directo |  |
| Fecha de inicio de actividad laboral en el establecimiento (mes / año) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Postulante es Profesor o Educador | **SÍ** | **NO** |
| En caso que el postulante no sea Profesor o Educador, se encuentra legalmente habilitado para ejercer la función docente o está autorizado para desempeñarla de acuerdo a las normas legales vigentes. | **SÍ** | **NO** |

1. **ANTECEDENTES DEL DIRECTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido paterno |  |
| Apellido materno |  |
| Primer nombre |  |
| Segundo nombre |  |
| RUN |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL/ DE LA RESPONSABLE O SOSTENEDOR/A**

**DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL**

**FECHA DE EMISIÓN DE CERTIFICADO** (DD/MM/AAAA):