**BOLETA DE INSCRIPCIÓN**

Instrucciones:

1. Completar y enviar por correo electrónico [capacitación@mcj.go.cr](mailto:capacitación@mcj.go.cr), si está firmado digitalmente, sino debe presentarlo en la Gestión Institucional de Recursos Humanos – Gestión del Desarrollo, con copia de la cédula al reverso de esta hoja.
2. El funcionario que suscribe está sujeto a todos los extremos estipulados en la Resolución DG-165-2017 de la DGSC y a la Circular CCD-16-2015, de la Dirección Ejecutiva del CECADES.
3. La presente boleta de inscripción no lo exime de la presentación de la boleta de justificación de Asistencia.
4. Todos los datos requeridos deben anotarse, de lo contrario la matrícula a la actividad no será posible aplicarla.
5. Funcionarios/as de otras instituciones cubiertas dentro del Régimen de Servicio Civil deberán aportarnos copia del Acuerdo de Compromiso de Capacitación de su respectiva institución, antes del inicio del curso o el primer día.
6. **ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la actividad: | | | | | | | | | | |
| Lugar donde se va desarrollar la actividad: | | | | | | Fecha de inicio: | | | | Fecha finalización: |
| Fechas y horario de realización de la actividad de capacitación: | | | | Sesiones Presenciales: | | | | | | |
| Sesiones Virtuales: | | | | | | |
| Número de horas de la actividad : | | | | | | | Tiempo de traslado: | | | |
| Modalidad | | | | | | | | | Fuente de financiamiento | |
| Asistencia  - 12 horas | ( ) | Participación  + 12 horas | ( ) | | Aprovechamiento  + 30 horas con evaluación | | | ( ) | Institucional ( ) Personal ( ) Otro ( )  Indique: | |

1. **DATOS DEL PARTICIPANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cédula #: | | | |
| Estado civil: | | | | | | Profesión: | | | | | | | | | | | Sexo Registrado: ( ) H ( ) M ( ) Otro | | | | | |
| Domicilio: | | Provincia: | | | | | | | | Cantón: | | | | | | | | Distrito: | | | | |
| Nivel de escolaridad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secundaria incompleta | | | ( ) | | Secundaria completa | | | | ( ) | | Universidad incompleta | | ( ) | | Universidad completa | | | | | | ( ) | Otro: |
| Tipo de nombramiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Propiedad | ( ) | | | Interino | | | ( ) | Fecha de vencimiento: / / | | | | | | | | | | | | Externa al MCJ: | | |
| Clase de puesto: | | | | | | | | | | | | Especialidad: | | | | | | | | | | |
| Centro de trabajo: | | | | | | | | | | | | | | Departamento: | | | | | | | | |
| Ubicación física del centro laboral: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | | | |
| Indique brevemente cómo aplicara los conocimientos de la capacitación en su área de trabajo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma jefatura inmediata: Firma del Participante:

Dirección electrónica jefatura: Fecha:

\*Pueden usar FIRMA DIGITAL siempre que las dos personas tengan dicho dispositivo electrónico*.*