



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A CURSO
(Con carácter de declaración jurada)

NOMBRE DEL CURSO: "LA LENGUA DE SEÑAS ARGENTINA, UNA HERRAMIENTA PARA LA INCLUSIÓN". NIVEL 1 Y 2

DÍAS Y HORARIOS DEL CURSO: Inicio Miércoles de 8.00 hs a 10.30 hs (ver cronograma completo en ficha técnica)

DATOS DEL AGENTE PARTICIPANTE (COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE)

APELLIDO Y NOMBRE

DESCRIBIR FUNCIÓN Y/O TAREA A CARGO:

.....

CUIL.....

JURISDICCIÓN.....

OFICINA (especificar el nombre del área donde trabaja).....

TELÉFONO.....

EMAIL (indispensable para registrarse en la base de IPAP Chaco).....

EMAIL DEL SUPERIOR AUTORIZANTE: (indispensable para enviar comunicaciones relacionadas con el cursado)

.....

COMPROMISO DE CURSADO Y POSTERIOR TRANSFERENCIA DE LO APRENDIDO

Compromiso del agente participante:

- Cumplimentar con el 75% de asistencia requerido para aprobar el curso
- Transferir lo aprendido en el puesto de trabajo
- Comprometerse como servidores públicos brindar un servicio adecuado para el ejercicio de los derechos de las Personas con Discapacidad.

Compromiso del jefe:

- Autorizar al agente a asistir a los encuentros establecidos en el cursado (ver cronograma completo en ficha técnica)
- Acompañar la trayectoria de cursado.
- Favorecer la transferencia de lo aprendido en el puesto de trabajo.

Firma del agente participante

Firma y aclaración del superior a cargo

Nota: Una vez evaluada la solicitud por IPAP Chaco el participante recibirá un correo de admisión al curso.