**FORMULARIO RELEVAMIENTO**

**DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN POR DIRECCIONES O NIVELES SUPERIORES**

**DATOS DEL JERÁRQUICO[[1]](#footnote-2) SOLICITANTE**

**Organismo:**

**Nombre y apellido:**

**Dirección:**

**DNI:**

**E-mail:**

**Teléfono/Celular:**

**Antigüedad en el cargo:**

**Nombre su Superior Jerárquico:**

**Cargo de su Superior Jerárquico:**

**Firma y Aclaración**

**del jerárquico solicitante**

**NECESIDADES**

1. **NECESIDADES DERIVADAS DEL DESCONOCIMIENTO DE FUNCIONES DEL PUESTO Y PROCESOS DE LA PROPIA AREA**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requeridas:**

1. **NECESIDADES DERIVADAS DE FALTA DE FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN PERTINENTE PARA LAS FUNCIONES**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requeridas:**

1. **NECESIDADES RELACIONADAS CON ACTITUDES, VALORES Y NORMAS**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requeridas:**

1. **NECESIDADES DERIVADAS DE QUEJAS Y RECLAMOS DE AREAS INTERNAS DE LA ORGANIZACIÓN**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requeridas:**

1. **NECESIDADES DERIVADAS DE QUEJAS Y RECLAMOS DEL PUBLICO EXTERNO**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requeridas:**

1. **NECESIDADES DERIVADAS DE ACTIVIDADES CON ERRORES/ REPETICIONES**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requerida:**

1. **NECESIDADES DERIVADAS DE MEJORA DE LA CALIDAD (PARA ÁREAS CON PROCESOS DE CALIDAD)**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requerida:**

1. **NECESIDADES DERIVADAS DE PROYECTOS O INNOVACION A FUTURO**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requerida:**

1. **OTRAS NECESIDADES NO CONTEMPLADAS EN LOS APARTADOS ANTERIORES.**

**Descripción del problema:**

**Origen o causa del problema:**

**Acciones de capacitación requerida:**

**LISTADO DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN RESULTANTES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Resumen de capacitaciones resultantes** | **Dcción./Dpto/Sector** | **NIVEL** **O. Operativo****M. Medio****D. Directivo** | **Nº de personas a capacitar** | **Prioridadirector**1. Alta2. Media3. BajaAclarar en tiempo[[2]](#footnote-3) la prioridad | **Prioridad máxima autoridad[[3]](#footnote-4)**1. Alta2. Media3. BajaAclarar en tiempo la prioridad  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**AVAL MÁXIMA AUTORIDAD**

|  |
| --- |
| **Ciudad de , de 2016****Ref. Aval institucional diagnóstico** **necesidades de capacitación 2016**Por la presente manifiesto el respaldo institucional del Relevamiento de necesidades de Capacitación 2016 realizado por el organismo ……………………………………………………… y presentado ante el IPAP Chaco.**FIRMA DEL FUNCIONARIO** |

1. Se entiende por jerárquico al Director o nivel jerárquico superior (ejemplo: subsecretario, gerente, etc.) [↑](#footnote-ref-2)
2. Para poder tener en cuenta la urgencia/prioridad indique también aquí dentro de cuánto tiempo es necesario tener al personal capacitado (Ej1 mes, 3 meses, 6 meses, 12 meses) [↑](#footnote-ref-3)
3. Es importante que esta planilla sea revisada y evaluada por la máxima autoridad y pueda expresar en ella la prioridad de las necesidades de acuerdo a su macro visión de la organización. [↑](#footnote-ref-4)