

## FORMULARIO DE INSCRIPCION DE CURSO

**SEÑORES  
 AGROCAP  
 PRESENTE**

FECHA \_\_\_\_\_

FRANQUICIA NORMAL  
 FRANQUICIA PRE CONTRATO  
 FRANQUICIA POST CONTRATO


De nuestra consideración:

Por intermedio de la presente, solicitamos inscribir el siguiente curso:

CÓDIGO SENCE: _____	HORAS AUTORIZADAS : _____	PRESENCIAL	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr> </table>			
		E-LEARNING				
		A-DISTANCIA				
NOMBRE CURSO: _____						
FECHA DE INICIO: _____		FECHA TERMINO: _____				
IMPARTIDO POR OTEC: _____		E-MAIL OTEC: _____				
RUT OTEC: _____						
DIRECCION OTEC: _____		COMUNA: _____	REGION: _____			
FONO OTEC: _____		CELULAR OTEC: _____	CONTACTO OTEC: _____			
LUGAR DE REALIZACION: _____ (Dirección exacta, Indicando Calle o Av., Villa o Población)		COMUNA DE REALIZACION: _____	REGION DE REALIZACION: _____			

**DIAS Y HORARIOS**

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<b>A.M.</b>	DESDE HASTA						
<b>P.M.</b>	DESDE HASTA						

**OBSERVACIONES ( en fechas, horarios, dirección, etc. Cuando Corresponda)**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
VALOR POR PARTICIPANTE: _____			PLAN CAPACITACION APROBADO POR COMITÉ BIPARTITO _____
VALOR TOTAL DEL CURSO: _____			PLAN CAPACITACION DNC _____

CUENTA REPARTO (completar solo en caso de usar cuenta de reparto)	
RUT CUENTA REPARTO (rut de la empresa que financiará el curso)	

**NOMINA DE PARTICIPANTE (S): (SEGÚN ANEXO)**

EMPRESA:						
RUT:						
DIRECCION:		COMUNA:		REGION:		
FONO:		CELULAR:				
COORDINADOR:		E-MAIL:				

DATOS ENCARGADO CAPACITACION (PERSONA DE LA EMPRESA QUE COORDINA EL CURSO) *Obligatorios					
RUT	NOMBRE COMPLETO		CARGO	TELEFONO	MAIL
(Sin puntos y con guión)	NOMBRES	APELLIDOS			

FRANQUICIA	
REMUNERACION MENOS DE 25 UTM =	100%
REMUNERACION ENTRE 25 Y 50 UTM =	50%
REMUNERACION MAS DE 50 UTM =	15%

**DATOS PARTICIPANTES**

N°	RUT	NOMBRE COMPLETO			SEXO M =1 / F =2	REGION DE TRABAJO	NIVEL OCUPACIONAL	TOTAL REMUNERACION IMPONIBLE (sin tope imponible)	FRANQUICIA % 100 / 50 / 15	VIATICO SOLICITADO	MOVILIZ. SOLICITADA	NIVEL EDUCACIONAL	FECHA NACIMIENTO	COMUNA DE TRABAJO	CELULAR PARTICIPANTE (9 digitos)	MAIL PARTICIPANTE
	(Sin puntos y con guión)	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO												
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

NIVEL OCUPACIONAL		NIVEL DE ESCOLARIDAD		SEXO
1. Empresario y Ejecutivo	5. Trabajadores Calificados (Maestros)	01 Sin escolaridad	06 Superior Técnica Profesional Incompleta	1 = MASCULINO / 2 = FEMENINO
2. Profesionales	6. Trabajadores Semicualificados (Ayudantes)	02 Básica Incompleta	07 Superior Técnica Profesional Completa	
3. Mandos Medios no Profesionales	7. Trabajadores No calificados (Jornaleros)	03 Básica Completa	08 Universitaria Incompleta	
4. Administrativo		04 Media Incompleta	09 Universitaria Completa	
		05 Media Completa		

REGIONES			
1 REGION DE TARAPACA	5 REGION DE VALPARAISO	9 REGION DE LA ARAUCANIA	13 REGION METROPOLITANA
2 REGION DE ANTOFAGASTA	6 REGION DEL LIBERTADOR GENERAL BDO. O'HIGGINS	10 REGION DE LOS LAGOS	14 REGION DE LOS RÍOS
3 REGION DE ATACAMA	7 REGION DEL MAULE	11 REGION AYSEN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO	15 REGION DE ARICA Y PARINACOTA
4 REGION DE COQUIMBO	8 REGION DEL BIO-BIO	12 REGION DE MAGALLANES Y DE LA ANTARTICA CHILENA	16 REGION DE ÑUBLE

DECLARO EXPRESAMENTE QUE LOS PARTICIPANTES SEÑALADOS EN LA PRESENTE NÓMINA, SE ENCUENTRAN CON LAS IMPOSICIONES CANCELADAS POR LA EMPRESA, COMO ASÍ MISMO, LA FRANQUICIA REGISTRADA EN ESTE DOCUMENTO ES LA QUE CORRESPONDE AL TRAMO DE REMUNERACIONES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE

