



Autorregulación de Medios en un marco democrático
América Latina
Agosto 2021 – Septiembre 2022
Fase 1, 2, 4 principalmente en línea
Fase 3 en uno de los países participantes: 10 días en
febrero 2022
Fase 5 en Suecia: agosto 2022

PARA USO OFICIAL DE LA EMBAJADA SUECA

Solicitud recibida por administración:

Firma _____ Fecha _____

Comentario, ver nota adjunta

Usted puede rellenar el formulario directamente desde su computadora. Escriba directamente en los campos de respuesta en la versión PDF de esta solicitud. Al finalizar envíe su solicitud a itp295@niras.se

FORMULARIO DE SOLICITUD (Si escribe a mano, use letras mayúsculas).

_____	en _____
(nombre de la organización / institución / compañía nominadora)	(país)
nomina _____	
(nombre del solicitante)	
para el programa de Autorregulación de Medios en un marco democrático.	
Razones para la nominación (obligatorio) _____	

Fecha _____	
Firma de la organización / institución / compañía nominadora _____	
Nombre en letra imprenta _____	
Posición _____	

Se debe enviar una copia de la solicitud por correo electrónico al organizador del programa en itp295@niras.se a más tardar el **15 de Julio de 2021**.

Si no es posible realizar una copia escaneada, la solicitud original se enviará a la embajada / consulado sueco más cercano a más tardar el **15 de Julio de 2021**. La embajada / consulado enviará la copia impresa al organizador.

Los candidatos serán notificados de los resultados de la selección a más tardar en agosto de 2021.

ITP Secretariat
NIRAS
PO Box 70375
SE-107 24 Stockholm, SWEDEN
Teléfono: +46 (0)8 545 533 00
Fax: +46 (0)8 545 533 33
E-mail: itp295@niras.se
www.niras.com/nic

FOTO

(Adjuntar con grapas,
no pegar)

DETALLES PERSONALES

Primer nombre (nombre subrayado por el cual se dirigió formalmente):	Segundo nombre:	Apellido (apellido):
Dirección de casa:	Tel. móvil:	
	Tel. oficina:	
	Tel. casa:	
	E-mail principal:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	E-mail alternativo:	
Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (año/mes/día):	
Ingrese la información de contacto a continuación para que una persona sea notificada en caso de emergencia.		
Nombre:	Tel. móvil:	
Relación con el solicitante:	E-mail:	

EDUCACIÓN

Nombre de la institución y lugar de estudio	Principales campos de estudio	Años de estudio desde – hasta	Grado académico
Enumere su membresía en sociedades profesionales u otras actividades civiles, públicas o de asuntos internacionales.			
Residencia previa en un país extranjero en relación con el interés profesional o de estudio del solicitante:			
¿Ha participado anteriormente en algún programa de capacitación internacional (ITP) de Asdi en Suecia? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Nombre del programa, año:			

REGISTRO DE EMPLEO: posición actual

Nombre de la organización (incluyendo departamento / unidad):		Descripción de su trabajo, incluidas sus responsabilidades personales:	
Dirección de la organización:			
Tipo de organización: <input type="checkbox"/> Agencia gubernamental <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> NGO/CSO <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____			
Título de su posición:	Años de servicio:		
Nombre del supervisor:			
Teléfono del supervisor:	E-mail del supervisor:	Cantidad de empleados en su organización:	Número de empleados supervisados directamente por usted:

REGISTRO DE EMPLEO: posición anterior

Nombre de la organización (incluyendo departamento / unidad):		Descripción de su trabajo, incluidas sus responsabilidades personales:	
Dirección de la organización:			
Tipo de organización: <input type="checkbox"/> Agencia gubernamental <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> NGO/CSO <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____			
Título de su posición:	Años de servicio:		
Nombre del supervisor:			
Teléfono del supervisor:	E-mail del supervisor:	Cantidad de empleados en su organización:	Número de empleados supervisados directamente por usted:

RELEVANCIA PARA SU ORGANIZACIÓN

Describa cómo este programa sería relevante para usted y su organización respondiendo las siguientes preguntas en 1-2 páginas.

A ¿Qué beneficios principales esperarían usted y su organización obtener del compromiso y la participación a largo plazo en el programa?

B Resuma brevemente de qué manera su participación puede contribuir al desarrollo de la regulación de los medios a nivel nacional.

ORIGEN DE INFORMACIÓN

¿De dónde obtuvo la información sobre este programa de entrenamiento?

Embajada de Suecia

De mi organización / supervisor

Directamente de los organizadores del programa

Sitio web

Otro Si es así, ¿dónde? _____

DECLARACIÓN MÉDICA

No tengo ninguna enfermedad infecciosa (por ejemplo, tuberculosis o tracoma) ni ninguna otra enfermedad que pueda presentar riesgos para las personas con las que entraré en contacto.

No tengo condiciones médicas que me impidan llevar a cabo la capacitación fuera de casa.

Tengo buena salud y disfruto de una capacidad de trabajo completa.

Comentario: _____

INFORMACIÓN A TODOS LOS SOLICITANTES DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS (GDPR)

Una vez que se haya confirmado que su solicitud ha sido aceptada, la información personal que usted haya proporcionado en esta solicitud será utilizada por el Organizador del programa en la administración del Programa. Sus datos personales también estarán disponibles para Asdi para uso interno y para ex alumnos, y también pueden ser divulgados al público de acuerdo con el principio de acceso público a la información en Suecia. Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales y siempre puede solicitar que se corrijan, borren o restrinjan sus datos personales. Para más información sobre GDPR, visite nuestro sitio web www.sida.se o solicite ayuda al organizador del programa.

FIRMA DEL APLICANTE

Certifico que mi declaración en respuesta a las preguntas anteriores es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender. Si soy seleccionado como participante, me comprometo a pasar el tiempo durante el período del programa según lo indique la dirección del programa.

Fecha _____

Firma del solicitante _____