



Ministerio de Relaciones Exteriores,
Comercio Internacional y Culto
República Argentina



Programa de Asociación entre Japón y Argentina - PPJA

Formulario de Aplicación para el

Programa de Capacitación para Terceros Países

EDICIÓN 2025

POSTULACION OFICIAL

(Para ser firmado y confirmado por la máxima autoridad de la institución)

1. Título del curso

CURSO EN GESTION DE PROYECTOS DE COOPERACION INTERNACIONAL - PCM

2. País solicitante:

3. Nombre de la institución solicitante:

5. Apellidos y nombres de las personas candidatas (en orden de prioridad):

1)	3)
2)	4)

Este organismo recomienda la presente postulación, de acuerdo con las reglamentaciones del Programa de Capacitación para Terceros Países del Programa de Asociación entre Japón y Argentina (PPJA), que figuran en el material explicativo del curso mencionado. En caso de ser aceptada la postulación, el candidato queda autorizado a participar del Curso en las fechas estipuladas. Una vez finalizado el mismo se compromete a brindar el apoyo necesario para una adecuada aplicación y difusión de la capacitación recibida.

Fecha:		Firma:	
Nombre:			
Cargo:			Sello oficial
Datos de contacto de la máxima autoridad:	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país - incluir Código Postal):		
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	E-mail:	



Parte A: Información sobre la institución

(Para ser confirmado por autoridad del área/dirección/división)

1. Perfil de la institución

1) Nombre de la institución:

2) Misión de la institución y del área/dirección/división:

2. Objetivo de la postulación

1) Describa la situación actual de su institución con relación al contenido del curso de capacitación:

2) Describa los objetivos que su organización espera alcanzar al participar en el presente programa de capacitación:

3) Describa de qué manera su institución hará un buen uso de los conocimientos adquiridos



Ministerio de Relaciones Exteriores,
Comercio Internacional y Culto
República Argentina



en el curso de capacitación.

4) Describa las razones por las cuales se ha seleccionado a la persona candidata, haciendo referencia a los siguientes puntos: 1) Requisitos del curso, 2) Capacidad/Cargo o responsabilidad en la institución, 3) Planes futuros del candidato de regreso de su participación en el programa de capacitación, 4) Plan de la Institución y 5) Otros. En caso de más de un postulante, indicar orden de prioridad.



6) Descripción de su responsabilidad en el cargo actual y actividades que realiza

--

7) Información del postulante y de contacto

Laboral	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país - incluir Código Postal):	
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Teléfono celular (incluir código de país y código de área):
	E-mail:	
Particular	Dirección (calle, número, ciudad, departamento/provincia/estado, país - incluir Código Postal):	
	Teléfono (incluir código de país y código de área):	Teléfono celular (incluir código de país y código de área):
	E-mail:	

8) Antecedentes laborales (relacionados al tema de la capacitación a la que aplica)

Organismo/Institución	Ciudad/País	Período		Descripción del cargo y responsabilidades
		Desde mes/año	Hasta mes/año	



9) Antecedentes académicos

Formación académica (solamente estudios universitarios/terciarios en adelante)

Institución	Ciudad/País	Período		Título obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

Estudios en otros países (incluir estudios en Argentina y/o Japón).

Institución	Ciudad/País	Período		Área de estudio / Título o certificado obtenido
		Desde mes/año	Hasta mes/año	

10) Nivel de conocimientos de idioma español (para completar solamente por los candidatos de lengua materna diferente al español)

Conversación	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bajo
Lectura	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bajo
Escritura	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bajo
2) Lengua materna				
3) Otros idiomas ()	<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Fair	<input type="checkbox"/> Poor

11) Expectativas en el Programa de Capacitación para Terceros Países del PPJA

a) Meta personal: Describa cuáles son sus expectativas relacionadas al tema del curso y al objetivo de su institución.

--

b) Antecedentes profesionales: Experiencia más relevante relacionada al tema del curso



b) Área de interés: Describa los temas de interés particular con referencia a los contenidos del curso y su relación con su actual responsabilidad laboral

11) Su organización posee antecedentes de cooperación técnica con el Gobierno argentino en temáticas relacionadas al Curso? En caso de ser afirmativo, por favor explique:

12) Adjuntar Curriculum Vitae (máx. 3 páginas).

DECLARACION (para ser firmada por el candidato)

Certifico que todas las declaraciones realizadas en el presente formulario son verdaderas y reales.

En el caso de ser aceptada mi solicitud para participar en el Programa de Capacitación, declaro cumplir con las instrucciones y condiciones estipuladas por ambos gobiernos argentino y japonés en el marco del Programa de Capacitación.

Nombre:			
Firma:		Fecha:	



(para ser completada y firmada por el candidato)

1. Estado de salud actual

(a) Utiliza alguna medicina o debe regularmente visitar a su médico por su enfermedad?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Nombre de la enfermedad:
		Nombre del medicamento:
	<i>Si su respuesta es "Si", adjuntar un certificado médico con la descripción de su estado de salud actual y la aprobación de su médico para participar en el curso.</i>	

(b) Está Ud. embarazada?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cantidad de meses: (meses)
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

(c) Es Ud. Alérgico a alguna medicación o alimento?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuál/cuáles? :
-----------------------------	-----------------------------	----------------

(d) Grupo Sanguíneo y Factor RH:

Grupo	()	Factor RH:	()
-------	--------	------------	--------

2. Historia médica pasada

(a) Ha sufrido alguna enfermedad de relevancia?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Especificar:
-----------------------------	-----------------------------	--------------

Si sufre algún problema de salud no indicado más arriba, por favor descríbala en el siguiente cuadro:

--

CERTIFICO que he leído las instrucciones correspondientes a la presente Historia Médica y he respondido todas las preguntas apropiadamente.

Fecha:	Firma del candidato:
	Nombre completo del candidato: