



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN COMO FORMADOR EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE DIRECTIVOS POR COMPETENCIAS ETAPA DE REGIONALIZACIÓN

1. DATOS PERSONALES

_____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s)

Domicilio particular

_____ Calle _____ No.

_____ Colonia _____ Municipio

_____ Teléfono particular (con clave lada) _____ Teléfono celular (con clave lada)

2. DATOS LABORALES

Centro de Trabajo (adscripción No. 1)

_____ Escuela, institución o área donde labora

_____ Nombre del Director o responsable

Domicilio de la escuela, institución o área

_____ Calle _____ No.

_____ Colonia _____ Municipio _____ Teléfono (con clave lada)

_____ Plaza que ostenta _____ Clave _____ Antigüedad en la plaza

Si usted cuenta con más de una clave en el Centro de Trabajo No. 1 favor de anotarlas en el siguiente espacio:

Centro de Trabajo (adscripción No. 2 en caso de ostentar doble plaza)

_____ Escuela, institución o área donde labora

_____ Nombre del Director o responsable

Domicilio de la escuela, institución o área

Calle		No.
Colonia	Municipio	Teléfono (con clave lada)
Plaza que ostenta	Clave	Antigüedad en la plaza

Si usted cuenta con más de una clave en el Centro de Trabajo No. 2 favor de anotarlas en el siguiente espacio:

Nota: En caso de que sus plazas estén comisionadas a un solo espacio, favor de anotar en el siguiente recuadro el nombre, domicilio y teléfono de la escuela, institución o área, así como el nombre del director o responsable.

¿Participa usted en Carrera Magisterial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿En qué vertiente participa? <input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Tercera
--	---

Funciones que realiza en la institución donde se desempeña actualmente

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

3. EXPERIENCIA EN EL USO DE LAS TIC'S

Software que maneja	Experiencia virtual
<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> Power Point <input type="checkbox"/> Publisher <input type="checkbox"/> Internet Explorer <input type="checkbox"/> Chat (especificar cuál) _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar cuáles) _____	¿Tiene usted cuenta de correo electrónico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Anotar dirección de correo electrónico _____ _____ ¿Cuántas veces por semana utiliza su cuenta de correo electrónico? _____ ¿Ha tomado cursos por medios virtuales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Qué plataforma utilizó? _____ ¿Qué cursos ha tomado por medios virtuales? 1. 2. 3.
¿Cuenta con conectividad a la Internet? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuenta con equipo de cómputo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Existe algún Centro Comunitario Digital en su comunidad al cual pueda tener acceso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

4. OBJETIVOS, EXPECTATIVAS Y METAS CON EL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE DIRECTIVOS POR COMPETENCIAS

¿Por qué desea participar en este Programa?
¿Cuáles serían sus aportaciones a este Programa?
¿Qué espera obtener en términos personales al finalizar su participación en este Programa?
¿Qué espera obtener en términos profesionales al finalizar su participación en este Programa?
¿Qué compromisos está dispuesto a adquirir para garantizar el éxito del Programa?
¿Cuál es su opinión sobre la instrumentación del Programa de Formación de Directivos por Competencias?

Lugar y fecha

Nombre del interesado

Firma

Guadalajara, Jalisco marzo-abril de 2008