**FORMULARIO DE PATROCINIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Empresa / Institución: | | |
| Dirección | Teléfono | |
| Ciudad | Correo electrónico: | R.U.T. |
| Mediante el presente instrumento, el/la Jefe/a Superior Directo declara que autoriza expresamente al funcionario/a/empleado/a:  ……………………………………………………………………………………………………………………………...  Otorgándole el Patrocinio Institucional para que realice el Programa de Diplomado en Innovación y Gestión Tecnológica, realizado por la Universidad de Concepción, con financiamiento de CONICYT y de la provisión Fondo de Innovación para la Competitividad de la Región del Biobío.    El otorgamiento del presente patrocinio implica el cumplimiento por parte del funcionario/a /empleado/a de todos los requisitos académicos del Programa, incluidos los requerimientos de asistencia y horario de clases, para lo cual se otorgarán las facilidades correspondientes. Sólo la consecución de todos estos requisitos habilitará para la obtención del Diploma Respectivo.    Las clases son en su gran mayoría quincenales, los días viernes desde las 15:30 a las 20:00 hrs. y los días sábado desde las 09:00 a las 19:00 hrs.  NOMBRE JEFE DIRECTO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA / TIMBRE:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**DATOS DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos/Nombres:  Cargo : | |
| RUT.: | Teléfonos: |

FECHA\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_