****

**APLICACIÓN A PROGRAMA DE PASANTÍAS DEL UNFPA**

**APELLIDOS:**

**NOMBRES:**

**NACIONALIDAD:**

**NÚMERO DE TELÉFONOS:**

**DIRECCIÓN:**

**EMAIL:** j

**DÍA DE NACIMIENTO:**

¿Alguno/a de sus familiares está empleado por Naciones Unidas? Si es así, por favor informe su nombre y organización: No aplica.

**TÍTULO UNIVERSITARIO AL QUE ESTÁ ASPIRANDO:**

**FECHA DE COMIENZO DE ESTUDIOS:**

**FECHA ESPERADA DE GRADUACIÓN:**

**NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD**:

**IDIOMA/S:** ESPAÑOL E INGLÉS

**Confirmo que cuento con seguro de salud - EPS: Si \_X\_\_ No \_\_\_\_**

**Nombre de la EPS:**

**CONDICIONES QUE RIGEN EL PROGRAMA DE PASANTÍAS DEL UNFPA**

* **Posición**: A pesar de que no soy considerado/a funcionario/a del UNFPA, estaré sujeto a la autoridad del Director Ejecutivo y a la autoridad delegada por él en los Directores de División y en los Representantes de Oficinas. Entiendo que no me cubren los privilegios ni inmunidades otorgados por los Estados miembros al UNFPA, sus oficiales y funcionarios.
* **Apoyo financiero**: No obtendré remuneración económica por parte del UNFPA y deberé cubrir los gastos de mi manutención y desplazamiento.
* **Seguro de salud**: UNFPA no asume la responsabilidad en costos por enfermedad o accidente ocurridos durante mi pasantía; siendo así, debo aportar evidencia sobre mi seguro médico (EPS).
* **Perspectivas de empleo:** El Programa de pasantías del UNFPA no está relacionado con empleo. *Los practicantes no pueden aplicar a cargos difundidos internamente al personal de UNFPA durante su pasantía.*
* **Obligaciones:** Actuar en todo momento de una manera compatible con mis responsabilidades como pasante del UNFPA.
* **Confidencialidad y publicación de información:** Respetaré la confidencialidad de la información a la que tenga acceso. Ningún reporte debe ser publicado basado en información obtenida durante el programa de pasantías, a excepción de que exista autorización escrita por parte del Representante del UNFPA.
* **Asistencia:** Debo notificar por escrito en caso de enfermedad u otra circunstancia imprevista que pueda afectar el cumplimiento de mis obligaciones.

**Certifico que las declaraciones en respuesta a las preguntas son verdaderas, completas y correctas. Entiendo que cualquier falsedad u omisión incluida en este formato u otro documento solicitado por el UNFPA puede conducir a la terminación o suspensión de la pasantía.**

**Fecha: 29/06/2022**

**Firma:**