CERTIFICACIÓN DEL CONFINAMIENTO DEL GAPIII

Formulario de solicitud de los auditores

Solicitud para: Fecha de la solicitud:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Auditor principal** |
| [ ]  | **Auditor** |

*Una copia cumplimentada y firmada de este documento se debe escanear y enviar a la OMS (**containment@who.int**) junto con la documentación de respaldo requerida (se recomienda mandarlo todo por correo electrónico y solicitar acuse de recibo).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellidos del solicitante** |  |
| **Nombre** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Sexo**  | [ ]  | **Masculino** | [ ]  | **Femenino** |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **N.º de teléfono** | **Oficina** |  | **Celular** |  |
| **Cargo en la institución donde trabaja** |  |
| **Nombre de la institución**  |  |
| **Dirección postal** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**Aptitudes lingüísticas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Idioma** | **Hablar** | **Leer** | **Escribir** |
| **Nivel** | **Avanzado** | **Intermedio** | **Básico** | **Avanzado** | **Intermedio** | **Básico** | **Avanzado** | **Intermedio** | **Básico** |
| **Inglés** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Formación profesional**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **PERIODO DE ESTUDIOS** | **NIVEL O GRADO ALCANZADO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Preparación formal

|  |
| --- |
| **Resuma su preparación formal o la capacitación o competencia específicas (p. ej., auditoría de sistemas de gestión de la seguridad, evaluación de riesgos, etcétera) u otras actividades de desarrollo personal que permitan adquirir sagacidad en materia de comunicación, técnica o empresarial, así como las destrezas analíticas necesarias para realizar o gestionar auditorías del Programa de Certificación del Confinamiento del GAPIII de establecimientos esenciales de poliovirus:** |

**Cargos desempeñados**

(empiece por el empleo más reciente)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPLEADOR** | **Dirección** | **fecha de empleo**  | **Cargo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Experiencia laboral**

|  |
| --- |
| **Resuma su experiencia laboral relacionada con un laboratorio de microbiología (o un entorno equivalente), establecimiento productor de vacunas o un entorno afín o semejante que tenga que ver con la manipulación y el confinamiento de poliovirus.** |
| **Resuma sus conocimientos de los reglamentos, normas, directrices, prácticas y otras normas de la industria y de qué manera se aplican a las áreas que serán evaluadas:** |
| **Indique su experiencia en materia de auditoría o supervisión (normas ISO u otras normas o prácticas): describa el tipo de auditorías que ha efectuado (con referencia a la norma o práctica del caso), año, cantidad y tipo de establecimientos auditados:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de auditoría o supervisión (indique la referencia ISO u otra norma o práctica)(P. ej., OHSAS 18001, PAF, PAL, ISO 9001, prácticas institucionales, etcétera) | Disciplina o líneas de auditoría o supervisión (indique todas las áreas pertinentes de auditoría o supervisión)(P. ej., Sistemas de gestión de la seguridad; gestión de riesgos biológicos; centros de investigación, medios de diagnóstico, producción; principios y conceptos de ingeniería; preparación para emergencias; protección)  | Año de la auditoría | Cantidad de auditorías | Función (auditor principal, asistencia, observador, etcétera) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

**Referencias profesionales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **empresa O INSTITUCIÓN** | **relación** | **información de contacto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Otra información**

|  |
| --- |
|  |

**Documentos que se adjuntan al formulario de solicitud**

|  |
| --- |
| No olvide proporcionar los siguientes documentos junto con este formulario de solicitud:1. *Curriculum vitae* actualizado.
2. Copias escaneadas de los títulos pertinentes, incluidos los registros de capacitación
3. Bitácora del auditor cumplimentada (véase [Bitácora del auditor](http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/containment/containment-resources/#ccsforms) de la certificación del confinamiento del GAPIII)
 |

**Declaración**

Por medio de la presente declaro bajo palabra de honor que los datos consignados son, según mi leal saber y entender, exactos y conformes a la verdad. Autorizo que se investiguen las aseveraciones asentadas en esta solicitud. Entiendo que la falsificación u omisión de datos será causa de cese en cualquier momento y sin previo aviso. Por medio de la presente doy a la OMS y otras autoridades competentes mi autorización para que se pongan en contacto con las instituciones y los empleadores anteriores, las referencias y otras partes, y eximo a la OMS y a otras autoridades competentes de cualquier responsabilidad civil derivada de dicho contacto.

Si se produjera algún cambio en la información asentada, notificaré inmediatamente a la OMS y rellenaré una nueva solicitud con la descripción de los cambios. Ello incluye cualquier cambio que se produzca antes o durante el propio trabajo hasta el final del periodo que dure el trabajo en cuestión.

**Firma manuscrita (no electrónica) del solicitante:**

**Fecha:**

**PARA USO OFICIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Solicitud tramitada por:** |  | **Fecha de tramitación:** |  |
| **Información verificada por:** |  | **Fecha de verificación:** |  |
| **Solicitud aprobada por:** |  | **Fecha de aprobación:** |  |