## ANEXO N° 3

**ACREDITACIÓN EXPERIENCIA REGIONAL DEL OFERENTE EN CURSOS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD**

Quien suscribe, certifica que (indicar nombre razón social), Rut XX.XXX.XXX-X ha ejecutado los siguientes cursos de capacitación para personas en situación de discapacidad, con las siguientes características:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUT Institución Ejecutora** | **Nombre****Institución Ejecutora** | **Organismo Público a través del cual se ejecutó (si corresponde)** | **Nombre curso** | **Código de Curso (Si corresponde)** | **N° horas** | **Región de ejecución** | **Comuna de ejecución** | **Fecha de inicio** | **Fecha de término** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Se extiende el presente certificado, que tiene el carácter de declaración jurada simple, a solicitud de (indicar nombre razón social), Rut XX.XXX.XXX-X para los fines de acreditar experiencia en ejecución de cursos, antecedente que servirá de base para evaluar su postulación a concurso xxxxx xxxxxx año 2019.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN |  |
| RUT EMPRESA/INSTITUCIÓN |  |
| NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA |  |
| RUT DE QUIEN CERTIFICA |  |
| CARGO DE QUIEN CERTIFICA |  |
| FIRMA DE QUIEN CERTIFICA |  |
| TIMBRE DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA |  |

Fecha,

Nota:

* No se considerarán válidos otro tipo de formato a utilizar.
* Debe completar todos los campos solicitados, de lo contrario será considerado como anexo anulado.
* Debe considerar un curso por cada celda independiente si lo ejecuto más de una vez, de lo contrario será considerado de manera única.
* SENCE tendrá la facultad de verificar la veracidad de la información contenida en el presente documento.