

Dirección de Servicios Integrados de Salud · DSIS

Solicitud de Admisión
Madrid, abril 2012 - marzo 2013

Les agradecemos su interés por el programa Dirección de Servicios Integrados de Salud y esperamos poder darle la bienvenida a ESADE

El proceso de admisión al programa tiene un doble objetivo: determinar la idoneidad del candidato a las características del programa y la adecuación del mismo a sus intereses personales. La selección de los participantes se realiza a partir de la combinación de carrera profesional, potencial directivo y características personales, así como la motivación por aprender y contribuir al intercambio de ideas en ESADE.

La admisión final es consecuencia de la posición que otorga la valoración global del expediente del candidato con relación al conjunto de candidatos y al total de plazas disponibles. A través de esta solicitud, el candidato tiene una buena oportunidad de demostrar cuál es, a su parecer, la manera en la que puede contribuir positivamente al desarrollo del programa. Antes de completar la Solicitud de Admisión, le recomendamos que lea detenidamente las instrucciones.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa o sobre el proceso de admisión, no dude en contactar con:

MADRID

Executive Education Office
ESADE Business School
Mateo Inurria, 25-27
28036 Madrid
Tel. +913 597 714
Fax +917 030 062
exedMAD@esade.edu

CONFIDENCIALIDAD

La solicitud y todos los documentos que el candidato presente pasan a ser propiedad confidencial de ESADE. La Oficina de Admisiones de Executive Education sólo podrá poner este material a disposición de las personas involucradas en el proceso de admisión. Los candidatos y los participantes en este programa no tienen acceso a los informes de las entrevistas.

El Comité de Admisión sólo revisará aquellas solicitudes que estén completas y se hayan entregado en el plazo establecido.



DATOS PERSONALES

Nombre _____

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Dirección _____

Código postal _____ Población _____

Teléfono _____ E-mail _____

Móvil _____ NIF/Pasaporte | | | | | | | | | |

País de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____

CONTACTO PERSONAL URGENTE. Indique donde puede ser localizado durante el programa.

Teléfono _____

Fax _____

E-mail _____

¿ES MIEMBRO DE ESADE ALUMNI?

No Sí Asociado N° _____

Antiguo Alumno del Programa _____

DATOS ACADÉMICOS

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

1ª Institución _____

Título obtenido (ver lista de códigos) _____

(especificar) _____

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

2ª Institución _____

Título obtenido (ver lista de códigos) _____

(especificar) _____

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

3ª Institución _____

Título obtenido (ver lista de códigos) _____

(especificar) _____

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

PROGRAMAS EN ESADE

1er Programa _____

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

2º Programa _____

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

OTROS ESTUDIOS

1er Centro _____

Título obtenido _____

2º Centro _____

Título obtenido _____

CONOCIMIENTOS DE IDIOMAS

	Habla	Lee	Escribe
Inglés			
Francés			
Alemán			
Otros			(especificar)

E: Excelente B: Bien R: Regular N: Nada

DATOS PROFESIONALES

Nombre de la empresa actual

Dirección

Código postal

Población

Teléfono

Fax

CIF

E-mail profesional

Sector de actividad (ver lista de códigos) | | |

(especificar)

Facturación anual de la empresa

Nº de empleados total

Nº de personas a su cargo

Tipo de empresa:

Pequeña Mediana Grande Familiar

Multinacional (indicar grupo si existe)

Cargo (ver lista de códigos) | | |

(especificar)

Dependencia del puesto

Nivel organizativo (ver lista de códigos) | | |

(especificar)

BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES RESPONSABILIDADES DE SU CARGO

EXPERIENCIAS ANTERIORES

1^{er} Cargo

Empresa

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

2^o Cargo

Empresa

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

3^{er} Cargo

Empresa

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

4^o Cargo

Empresa

Desde | | | MM | | | AA hasta | | | MM | | | AA

ÁREAS DE EXPERIENCIA

(Cargos de responsabilidad y/o conocimientos específicos)

Dirección General Planificación Finanzas

Operaciones Recursos Humanos Marketing

Organización Internacional SI

Otras:

CUESTIONARIO PERSONAL

1. Descripción de su carrera profesional. Por favor, haga una breve descripción de sus responsabilidades en cada uno de los puestos indicados.

2. Principales objetivos por los que desea seguir este programa.

3. Planes profesionales para el futuro.

DATOS FACTURACIÓN

IMPORTE DE LA MATRÍCULA

17.950 €

15.260 € Miembros de ESADE Alumni.

FORMA DE PAGO

El candidato junto con la carta de admisión recibirá información detallada sobre el proceso para la formalización de la matrícula. Para asegurarse la reserva de plaza es necesario remitir fotocopia del comprobante de pago correspondiente a la matrícula o a la reserva de plaza, según se indique en las Normas de Matriculación.

¿PATROCINA SU EMPRESA SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA?

Sí, al 100%

Sí, al % (indicar)

No

Otros (indicar)

EMISIÓN FACTURA

Razón social u organismo (si es diferente)

Persona responsable a quien dirigir la factura

CIF

Dirección

Código postal y población

Tel.

Fax

Cancelaciones: En caso de que un imprevisto obligue a anular la inscripción, es preciso notificar la baja por escrito 20 días hábiles antes del inicio del programa para tener derecho al reembolso del importe total satisfecho. Dada la demanda del programa y el trabajo de preparación preprograma, si la baja se comunica dentro de los 20 días antes del inicio del programa, solo se reembolsará el 50% del importe total satisfecho. Las cancelaciones realizadas una vez iniciado el programa no tendrán derecho a devolución alguna.

COMPROMISO DE LA ORGANIZACIÓN

Este apartado ha de ser rellenado por el directivo que autorice su participación en este programa.

(Nombre de la organización)

patrocina la participación de este directivo en el Programa Dirección de Servicios Integrados de Salud.

La organización asume que, de ser admitido, el directivo quedará liberado del tiempo que necesite para la participación en todas las sesiones que se programen y para la realización de los trabajos personales establecidos.

Nombre y apellidos

Cargo

Dirección

Código postal

Población

E-mail

Teléfono

Firma

Fecha

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿CUÁL ES EL FACTOR QUE MÁS HA INFLUIDO EN LA DECISIÓN PARA REALIZAR ESTE PROGRAMA?

LA RECOMENDACIÓN DE

- Antiguos Alumnos del mismo Programa
- Antiguos Alumnos de otros Programas de ESADE
- La propia empresa. ¿Quién y qué cargo ocupa? (indicar)
-

- Profesor de ESADE
- Otros (indicar)
-

HE SOLICITADO INFORMACIÓN DIRECTA A EXECUTIVE EDUCATION

- Sesión informativa Visita
- Teléfono Correo electrónico
- Web ESADE

PRENSA

- Anuncio en
-
- Anuarios y otras publicaciones
-

HE RECIBIDO DIRECTAMENTE LA INFORMACIÓN POR

- Mailing Fax
- Correo electrónico

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

El abajo firmante manifiesta que la información suministrada en esta Solicitud de Admisión es completa y cierta, y acepta las condiciones indicadas.

Firma

Fecha

Por favor, devolver esta Solicitud de Admisión a:

Por correo

En Madrid

Executive Education Office
ESADE Business School
Mateo Inurria, 25-27
E-28036 Madrid

Por fax

ESADE Business School
Executive Education Office
Fax +34 917 030 062

En cumplimiento de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico se informa al receptor del presente documento que los datos suministrados, incluido el correo electrónico y que resultan necesarios para la formalización, gestión administrativa así como la ejecución y desarrollo de toda la actividad institucional propia de ESADE, se incorporarán a un archivo automatizado de carácter personal, del que es responsable y destinataria ESADE. Al facilitar el interesado sus datos de carácter personal y de correo electrónico, expresamente autoriza la utilización de dichos datos a los efectos de las comunicaciones periódicas, incluyendo expresamente las que se realicen por correo electrónico, que ESADE o las entidades pertenecientes a su ámbito académico, llevan a cabo con sus alumnos, antiguos alumnos y posibles interesados informándoles de sus actividades/noticias, cursos, programas así como cualquier oferta de servicios y productos relacionados con la actividad institucional que desarrolla. En cualquier caso, el cesionario puede ejercitar respecto a sus datos los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a Fundación ESADE, Avenida Pedralbes 60-62, 08034 Barcelona.

