#  FORMULARIO DE POSTULACIÓN

CARRERAS DE GRADO

**CARRERA A LA CUAL POSTULA**: ………………………………………………….

**A. DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellido: |  |
| Cedula de Identidad N°: |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |
| Sexo: |  |
| Domicilio: |  |
| Ciudad: |  |
| Departamento: |  |
| Teléfono: |  |
| Celular: |  |
| E-mail: |  |

**B. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| Identificación de la Institución: | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social |
| Dependencia: |  |
| Nombre y Apellido del Jefe/a Inmediato Superior: |  |
| Número de Teléfono: |  |
| E-mail: |  |
| Cargo que ocupa el funcionario que postula a la beca: |  |
| Antigüedad en el cargo: |  |
| Antigüedad en la Institución (en años y meses): |  |
| Contratado/permanente (especificar) |  |
| Calificación evaluación del desempeño: |  |
| Nombre y Apellido de la Máxima Autoridad de la dependencia en la que presta servicios: |  |

**C. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

1. **Estudios realizados:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel deEstudios\* | TituloObtenido | Institución | Año de Obtención del Título | Cumple/ No Cumple(Solo para el Equipo Técnico de Becas) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Bachiller, Técnico o carrera en proceso

**II. Otros Estudios realizados:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cursos | Institución | Año | Duración | Cumple/ No Cumple(Solo para el Equipo Técnico de Becas) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**D. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN SU INSTITUCIÓN Y ÁREA**

**Describa aspectos relevantes de las asignaciones que a la fecha está desempeñando, con el cargo correspondiente:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Resolución Nº | Desde (día/mes/año) | Hasta (actualmente) | Área en la cual desempeña la función | Cumple/ No Cumple(Solo para el Equipo Técnico de Becas) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Función o actividad que desempeña: (4 mínimo)** |

Agregar más líneas en caso de ser necesarios.

**E. POTENCIALES BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN A RECIBIR PARA SU INSTITUCIÓN**

**DISCAPACIDAD SI NO TIPO:**

**F. DOCUMENTACIONES QUE DEBEN ACOMPAÑAR CON LA PRESENTACIÓN:**

* Nota de permiso del director autorizando la postulación (“obligatorio”).
* Copia de Cédula de Identidad Civil.
* Copia de Evaluación de Rendimiento.
* Copia de Resolución de cargo (en caso de poseer).
* Certificado de trabajo original DE TODOS LOS VINCULOS.
* Constancia en la cual se detalle: lugar de prestación de servicios, cantidad de vínculos que posee, carga horaria, rotación de horario de cada lugar (**para el caso de personal de blanco).**

Por el presente manifiesto bajo Declaración Jurada la veracidad de la información contenida en este formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/a Funcionario/a Lugar Fecha