**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**INSTITUCIÓN FORMADORA A LA CUAL POSTULA**: ……………………………………

**CARRERA DE GRADO**: ………………………………………………….

**SEDE:** ………………………………………………

**MODALIDAD:** ………………………………….

**A. DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y apellidos: |  |
| Cédula de identidad N°: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Sexo: |  |
| Domicilio: |  |
| Ciudad: |  |
| Departamento: |  |
| Teléfono: |  |
| Celular: |  |
| E-mail: |  |

**Posee usted alguna discapacidad SI NO**

**Tipo: ……………….**

**Pertenece usted a la población indígena: SI NO**

**Grupo Étnico: ……………….**

**B. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| Institución: | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social |
| Dependencia en la cual presta servicios: |  |
| Nombre y apellido de la máxima autoridad de la dependencia en la cual presta servicios: |  |
| Nombre y apellido del jefe/a inmediato superior: |  |
| Número de teléfono institucional: |  |
| E-mail institucional: |  |
| Cargo que ocupa el personal contratado o funcionario que postula a la beca: |  |
| Antigüedad en la institución (en años y meses): |  |
| Especificar si es personal contratado o permanente: |  |

**C. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

**Estudios realizados:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nivel de  Estudios\* | Título  Obtenido | Institución Formadora | Año de Obtención del Título |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Bachiller, Técnico, Universitario o carrera en proceso.

Obs: es de carácter obligatorio llenar todos los campos del punto C. FORMACIÓN ACADÉMICA.

**D. DOCUMENTACIONES QUE DEBEN ACOMPAÑAR AL FORMULARIO:**

* Nota de postulación para becas de carreras de grado (Formato).
* Nota de autorización para postulación a becas de carreras de grado (Formato).
* Copia de Cédula de Identidad Civil vigente.
* Copia de Evaluación de rendimiento del último año, con una calificación mínima de 3 (tres).
* Certificado de trabajo original del MSPyBS expedido por la Dirección de Relaciones Laborales dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos del MSPyBS o podrá ser gestionado a través de la INTRANET.
* Copia del certificado de estudios y/o copia del título de bachiller.
* Copia del certificado de estudios y/o copia del título universitario (en caso de poseer).
* Copia de certificado de discapacidad vigente expedido por la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad - SENADIS (para el caso del personal con discapacidad).
* Copia de carnet de identidad indígena vigente que expedido por el Instituto Paraguayo del Indígena – INDI (para el caso del personal indígena).

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del/a Funcionario o Lugar Fecha

Personal Contratado