**FORMATO A – NOTA DE POSTULACIÓN**

Asunción, ………. de ………………de 2025

**Sres. Comisión de Selección**

**Presente**

Yo, …………………………………………………………, paraguayo/a, mayor de edad, con C.I. Nº ………………………, me dirijo a ustedes con el objeto de presentar mi postulación para el **Concurso de Méritos para el cargo de:**

|  |
| --- |
| **PERSONAL DE BLANCO (según perfiles)** |
| **CARGO** | **MARCAR CON X CARGO POSTULADO** |  | **CARGO** | **MARCAR CON X CARGO POSTULADO** |
| **Profesional Sanitario I – Médico Especialistas**  |  |  | **Profesional Sanitario II – Bioquímico** |  |
| **Profesional Sanitario I – Médico Subespecialistas** |  |  | **Profesional Sanitario II –Químico Farmacéutico** |  |
| **Profesional Sanitario I – Especialista en Salud Pública** |  |  | **Profesional Sanitario II –Odontólogo** |  |
| **Profesional Sanitario I – Médico Especialista en Administración Hospitalaria**  |  |  | **Profesional Sanitario II – Licenciatura de Blanco** |  |
| **Técnico de Blanco** |  |  | **Auxiliar en Salud** |  |

**TIPO DE POSTULACIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIMER EMPLEO** |  |
| **NUEVO VÍNCULO EN EL MSPBS**  |  |
| **MULTIVÍNCULOS****(HABILITADOS SOLO PARA MÉDICOS)** |  |
| **TRASLADO** |  |

**DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFESIÓN:** |  |
| **TELEFONO CELULAR:** |  |
| **DIRECCIÓN PARTICULAR:** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |

**DATOS LABORALES (ACTUALES):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERTENEZCO ACTUALMENTE A UN SERVICIO-HOSPITAL DEL MSPBS/OEE:** | **SI** |  | **NO** |  |
| **TIPO DE VINCULACIÓN (marcar):** | **PERMANENTE** |  | **CONTRATO** |  | **CANTIDAD** |  |
| **SALARIO:** | **PERMANENTE** |  | **CONTRATO** |  |
| **ESPECIFICAR SERVICIO-HOSPITAL:** |  |
| **ESPECIFICAR REGIÓN SANITARIA:** |  |

**DECLARACIÓN JURADA.**

Declaro bajo fe de juramento, que toda la información expresada en cada una de las hojas del presente formulario, se ajustan a la verdad, obligándome a presentar los documentos que avalen dichas informaciones en la etapa correspondiente conforme a la normativa vigente, aceptando mi exclusión en caso de no presentación o presentación incompleta o incorrecta de las documentaciones conforme a las informaciones declaradas, así como la presencia de causales de eliminación establecida en el Reglamento General de Selección. Dejo expresa constancia de tener total conocimiento de las bases y condiciones del presente Concurso, a las cuales acepto someterme íntegramente y acatar las obligaciones dispuestas.

|  |  |
| --- | --- |
| **Acepto las reglas del Concurso** |  |

 **Marcar la casilla:**

**LA FALTA DE FIRMA EN LOS FORMATOS SERÁ MOTIVO DE EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA DEL POSTULANTE.**

--------------------------------- --------------------------------- ---------------------------

 *Firma de Postulante C.I. N° Fecha*