

POR EL CUAL SE DISPONE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN INTERNO INSTITUCIONAL, PARA LA CONTRATACIÓN DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA U OBSTETRICIA O AUXILIAR EN ENFERMERÍA Y AGENTE COMUNITARIO DE SALUD, PARA LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA DE ALTO PARANÁ, DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FISCAL 2021, Y SE CONFORMA LA COMISIÓN DE SELECCIÓN Y EL EQUIPO TÉCNICO DE APOYO.

FORMATO A – NOTA DE POSTULACION

..... de..... de 2021

Sres. Comisión de Selección

Presente

Yo,, paraguayo/a, mayor de edad, con C.I. N°, me dirijo a ustedes con el objeto de presentar mi postulación para el **Concurso de Méritos para la contratación de (marcar con una X el cargo postulado)**;

Técnico Superior en Enfermería u Obstetricia o Auxiliar en Enfermería.....

Agente Comunitario.....

Para prestar servicios en; (completar de acuerdo a las vacancias publicadas)

USF:

Distrito:

Región Sanitaria:

DATOS PERSONALES

Grado Académico:

Teléfonos:

Dirección Particular:

Barrio:

Ciudad:

Al presente adjunto;

Toda la documentación que avale lo declarado en el currículum y exigida en las bases y condiciones.

Dejo expresa constancia de tener total conocimiento de las bases y condiciones del presente Concurso, a las cuales acepto someterme íntegramente, sin otro particular, aprovecho la oportunidad para saludarle muy atentamente.

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

Firma de Postulante – Cédula de Identidad

POR EL CUAL SE DISPONE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN INTERNO INSTITUCIONAL, PARA LA CONTRATACIÓN DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA U OBSTETRICIA O AUXILIAR EN ENFERMERÍA Y AGENTE COMUNITARIO DE SALUD, PARA LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA DE ALTO PARANÁ, DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FISCAL 2021, Y SE CONFORMA LA COMISIÓN DE SELECCIÓN Y EL EQUIPO TÉCNICO DE APOYO.

FORMATO B

A. DATOS PERSONALES:

Nombres:			
Apellidos:			
Fecha de Nacimiento:			
Lugar de Nacimiento:		País:	
Nacionalidad:		Estado Civil:	
CI. N°:			
Dirección Particular:			
Barrio:			
Ciudad:			
Departamento:			
Teléfonos (línea baja):			
Celular/res			
LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO EN LA ACTUALIDAD:			
FUNCIÓN DESEMPEÑADA:			
ANTIGÜEDAD:			

B. FORMACIÓN ACADÉMICA

I. Estudio de Grado Universitario Realizado:

Título/s Universitario/s Obtenido/s	Universidad - País	Año de Egreso	Duración (años / horas)

Título/s de Postgrado/Especialización/Maestría	Institución - País	Año de Egreso	Duración (años / horas)

POR EL CUAL SE DISPONE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN INTERNO INSTITUCIONAL, PARA LA CONTRATACIÓN DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA U OBSTETRICIA O AUXILIAR EN ENFERMERÍA Y AGENTE COMUNITARIO DE SALUD, PARA LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA DE ALTO PARANÁ, DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FISCAL 2021, Y SE CONFORMA LA COMISIÓN DE SELECCIÓN Y EL EQUIPO TÉCNICO DE APOYO.

C. EXPERIENCIA PROFESIONAL:

OBS: ADJUNTAR CONSTANCIA DE TODO LO DECLARADO

Experiencia General:

DESDE: día/mes/año HASTA: día/mes/año	Institución: Cargo: Referencia Laboral: Teléfonos:
Actividades realizadas:	
DESDE: día/mes/año HASTA: día/mes/año	Institución: Cargo: Referencia Laboral: Teléfonos:
Actividades realizadas:	

Agregar más cuadros si es necesario.

II. Experiencia Específica:

OBS: ADJUNTAR CONSTANCIA DE TODO LO DECLARADO

DE: día/mes/año HASTA: día/mes/año	Institución: Cargo: Referencia Laboral: Teléfonos:
Actividades realizadas:	
DE: día/mes/año HASTA: día/mes/año	Institución: Cargo: Referencia Laboral: Teléfonos:

POR EL CUAL SE DISPONE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN INTERNO INSTITUCIONAL, PARA LA CONTRATACIÓN DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA U OBSTETRICIA O AUXILIAR EN ENFERMERÍA Y AGENTE COMUNITARIO DE SALUD, PARA LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA DE ALTO PARANÁ, DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FISCAL 2021, Y SE CONFORMA LA COMISIÓN DE SELECCIÓN Y EL EQUIPO TÉCNICO DE APOYO.

Actividades realizadas:

Agregar más cuadros si es necesario.

III. Idiomas

Idioma	Lee (L) o Habla (H)	Escribe	Comprende
Guaraní			
Español			
Otro (especificar)			

IV. Dominio Informático:

Herramientas	Nivel de conocimiento

Observaciones:

- **Los documentos respaldatorios autenticados (Cédula de Identidad, Títulos y Certificados laborales) deberán ser presentados con el presente formato de Currículo Vitae (CV), en los apartados designados para el efecto en la PLATAFORMA.**

LA FALTA DE FIRMA EN LOS FORMATOS SERÁN MOTIVOS DE EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA DEL POSTULANTE.

Firma del Postulante

Lugar

Fecha