

Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud
Dirección de Gestión del Trabajo

FORMULARIO DE POSTULACIÓN
CARRERAS DE GRADO

**INDICAR LA 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 al curso:	
Antigüedad en el cargo:	
Antigüedad en la Institución (en años y meses):	
Contratado/permanente (especificar)	
E-mail:	
Calificación evaluación del desempeño:	

Nombre y Apellido del Director/a de la dependencia en la que presta servicios:	
--	--

C. FORMACIÓN ACADÉMICA:

I. Estudios Realizados:

Nivel de Estudios*	Título Obtenido	Institución	Año de Obtención del Título	Cumple/No Cumple

* Bachiller, Técnico y carrera en proceso

II. Otros Estudios realizados:

Cursos	Institución	Año	Duración	Cumple/No Cumple

D. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN SU INSTITUCIÓN Y ÁREA

Describe Aspectos relevantes de las asignaciones que a la fecha está desempeñando, con el cargo correspondiente:

DE: día /mes/año A: actualmente(*) Resolucion N°:	ÁREA QUE DESEMPEÑA LA FUNCIÓN Y CARGO : (Especificar rol ejemplo: jefe, técnico, etc.)	Cumple /No Cumple
FUNCIÓN O ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: (4 MINIMO)		

Agregar más líneas en caso de ser necesarios.

POTENCIALES BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN A RECIBIR PARA SU INSTITUCIÓN

--

DISCAPACIDAD SI NO TIPO:

E. DATOS DE LA INSTITUCION FORMADORA

Carrera solicitada:	
Institución formadora:	
Teléfono:	
Costo mensual de la carrera:	
Duración de la carrera:	
Carga horaria diaria :	
Frecuencia Semanal:	
Fecha de Inicio:	

Observaciones:

- En las columnas sombreadas referidas al cumplimiento, serán completadas por el Comité de Evaluación.
- Si es personal de blanco: cuantos vínculos tiene y en donde (detallar, presentar certificados de trabajo o rotación de horario de cada lugar y nota de permiso del director autorizando la ausencia mientras dure la carrera. “obligatorio”)
- **Adjuntar a la misma EN DOS CARPETAS DEL MISMO TENOR, Y NO SERAN RECEPCIONADAS EN CASO DE QUE FALTE ALGUNA DOCUMENTACION).**
- Copia de Cédula de Identidad.
- Copia de Evaluación de Desempeño
- Certificado laboral original DE TODOS LOS VINCULOS
- Nota del Director Gral., Director (de todos los vínculos que tenga o rotación de horarios) autorizando el permiso para participar de la capacitación “OBLIGATORIO”
- Copia de Resolución de cargo
- Presentar un proyecto para implementar en la Institución a la cual pertenece posterior a la carrera solicitada.
- Una vez seleccionado/a el funcionario y/o contratado deberá firmar un contrato de capacitación en donde se compromete a cumplir con todo lo estipulado en mismo y en caso de abandono deberá reembolsar la inversión de la capacitación.

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

Firma del/a Funcionario/a

Lugar

Fecha