**FORMULARIO “B”**

|  |
| --- |
| **REGISTRO DEL POSTULANTE** |
| **1.INFORMACION PERSONAL** |
| NOMBRES Y APELLIDOS:  |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| NACIONALIDAD: |  | CI Nº:  | VIGENCIA: (Fecha de Vencimiento) |
| SEXO: | **M** | **F** |  |
| EDAD: |  | ESTADO CIVIL: |  |
| DIRECCION PARTICULAR: |
| DEPARTAMENTO: |  | CIUDAD:  | BARRIO: |
| TELEFONO (Línea Baja) |  | CELULAR: |
| E-MAIL PARTICULAR: |
| NOMBRE DE LA MADRE:VIVE: SI: NO: |
| NOMBRE DEL PADRE:VIVE: SI: NO: |
| NOMBRE DEL CONYUGUE: |
| NOMBRE HIJOS/EDAD: | \* |
| \* | \* |
| \* |
| \* Tiene algún familiar en la Función Pública? | **NO: SI:** |
| **ESPECIFIQUE:** |
| \* Trabajó antes en la Función Pública? | **NO: SI:** |
| **ESPECIFIQUE:** |
| \* Tiene negocios o ingresos adicionales? | **NO: SI:**  |
| **ESPECIFIQUE:** |
| **2.INFORMACIÓN ACADEMICA:** |
| NIVEL DE ESTUDIOS: |
| **PRIMARIO** |
| INSTITUCION EDUCATIVA: |
| GRADO/AÑO APROBADO: |
| **SECUNDARIO** |
| CURSO/GRADO APROBADO: |
| TITULO OBTENIDO: |
| **UNIVERSITARIO** |
| CURSO/SEMESTRE APROBADO |
| TITULO OBTENIDO: |
| INSTITUCIÓN/UNIVERSIDAD: |
| AÑO DE EGRESO: |   |   |
| **2.1 OTROS ESTUDIOS** | **CURSANDO** | **CULMINADO** | **AÑO DE INICIO**  | **AÑO DE FINALIZACIÓN** |
| Especialización |   |   |   |   |
|  Maestría |   |   |   |   |
| PostGrado |   |   |   |   |
| Doctorado  |   |   |   |   |
| Otro |   |   |   |  |
| **3.INFORMACION LABORAL** |
| PROFESION U OFICIO: |  |
| IDIOMA: | **SI:** | **NO:** | **ESPECIFIQUE:**  |
| **3.1 EXPERIENCIA LABORAL** |
| \* Nombre de la Institución o Empresa donde prestó/a servicios: |
| Desde:  |   Hasta: |
| **- Descripción breve de las funciones realizadas:** |
| \* Nombre de la Institución o Empresa donde prestó/a servicios: |
| Desde: | Hasta: |
| **- Descripción breve de las funciones realizadas:** |
|  |
| \* Nombre de la Institución o Empresa donde prestó/a servicios: |
| Desde: | Hasta: |
| **- Descripción breve de las funciones realizadas:** |
| 1 (Una) Referencia: Sr/Sra/Nro de Contacto (último empleo): |
| Actualmente se encuentra con empleo?  **SI: NO:** | Especifique: |
| **4.ANTECEDENTES MÉDICOS** |
| **Actualmente padece de alguna enfermedad? SI: NO:**  |
| En caso de ser afirmativo la respuesta, sigue algún tratamiento? Especificar cual: |

**Firma:**