**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

1. **DATOS DEL CONCURSO DE INTERES\***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución que llama al Concurso: | **Gobernación del Departamento de Itapúa** |
| Puesto al que postula: | **Profesional de Rendición de Cuentas-CPO** |

1. **DATOS PERSONALES DEL/LA POSTULANTE\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cédula de Identidad Paraguaya | Elija un elemento. | | | | |
| N° Documento de Identidad: |  | | Vigente: | Elija un elemento. | |
| Nombres: |  | | | | |
| Apellidos: |  | | | | |
| Sexo: | Elija un elemento. | | | | |
| Nacionalidad: |  | | | | |
| Dirección Particular: |  | | | | |
| Barrio: |  | | | | |
| Ciudad: |  | | | | |
| Teléfono: |  | | | | |
| E-mail: |  | | | | |
| Registro de Conducir vigente | Elija un elemento. | Tipo: | | | Elija un elemento. |

1. **INFORMACIÓN ACADÉMICA BASE\***

**Indique el último nivel de estudio base alcanzado, según el listado siguiente**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel Estudio** | **Título/Carrera** | **Institución/Universidad** | **Estado Actual** | **Fecha de Obtención de Titulo** | **¿Cuenta con Título Habilitante para el ejercicio de la Profesión?** |
| Elija un elemento. |  |  | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Elija un elemento. |

1. **INFORMACIÓN ACADÉMICA ADICIONAL**

**Sólo en caso de contar con un nivel de estudio de postgrado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel Estudio** | **Especialidad o Tema desarrollado** | **Universidad** | **Estado Actual** | **Cuenta con Título** |
| Elija un elemento. |  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| Elija un elemento. |  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| Elija un elemento. |  |  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuenta con Registro para ejercer un oficio, tecnicatura o profesión relacionado al puesto? | Elija un elemento. | Indique la Especialidad: |  | Se encuentra Vigente?: | Elija un elemento. |

1. **EVENTOS DE CAPACITACIONES.**

***Establecer correctamente el tema y la carga horaria según la certificación. En caso que la Certificación no mencione la cantidad de carga horaria, la declaración de duración debe ser cero (0).***

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominación de la capacitación (Conferencia, Charla, Foros, Cursos, diplomados menores a 100 horas etc.)** | **Institución** | **Duración.** | **Título de la capacitación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***(Agregar filas en caso de necesidad****)*

1. **MANEJO DE IDIOMA DISTINTO AL ESPAÑOL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Idioma** | **Cuenta con certificación que acredite el conocimiento?** | **Nivel del Conocimiento** |
| Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| Elija un elemento. | Elija un elemento. | Elija un elemento. |

1. **EXPERIENCIA LABORAL:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución/Empresa** | **Puesto** | **Principales tareas a cargo** | **Fecha de Inicio de la Actividad Laboral** | **Fecha de Fin de la Actividad Laboral** | **Motivo del cese de la actividad** | **Nro. de Contacto para referencia laboral.** |
|  |  |  | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Elija un elemento. |  |
|  |  |  | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Elija un elemento. |  |
|  |  |  | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Elija un elemento. |  |

***(agregar filas en caso de necesidad****)*

1. **Perteneciente a un Grupo de Inclusión Laboral:**Elija un elemento.

**\*Si selecciona: - PcD, debe completar el Cuadro A**

**Indígena, debe completar el Cuadro B**

**A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discapacidad** | **Porcentaje %** | **Causa** | **Nro. de Certificado** | **Fecha Emisión** |
| Elija un elemento. |  | Elija un elemento. |  | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Grupo Étnico** | **Zona Geográfica** | **Se encuentra Registrado en INDI?** |
|  |  | Elija un elemento. |

1. **PARENTESCO EN LA INSTITUCIÓN QUE LLAMA A CONCURSO**

Tengo conocimiento que mi familiar es nombrado/contratado de la Institución al cual me postulo: Elija un elemento.

**En caso afirmativo, completar los siguientes datos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\* Parentesco** | **\*Nombre y Apellido** | **Cargo que ocupa** |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**\* *Campos requeridos***

1. ***AUTORIZACIÓN PARA MOVILIDAD:***

***Aplica sólo para los Funcionarios Públicos, con resultado de Concurso como potencial Seleccionado/a. No para los Elegibles***

En caso de resultar potencial Seleccionado/a según el resultado de la Matriz de Evaluaciones, realizaré los trámites para la obtención de la autorización establecida en el Artículo N° 68 del Decreto N° 6581/2022, el cual será presentado con las demás documentaciones que respaldan mi declaración.

**Marcar la casilla:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si** |  |
| **NO** |  |
| **No aplica** |  |

1. ***DECLARACIÓN JURADA***

Declaro bajo fe de juramento, que toda la información expresada en cada una de las hojas del presente formulario, especialmente en cuanto al Curriculum Vitae, 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.

***Una vez completado este formulario, el mismo deberá ser remitido a la Dirección de correo electrónico*** [coposicion@itapua.gov.py](mailto:coposicion@itapua.gov.py), ***según lo indicado en las observaciones del Perfil del cargo en concurso.***

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

**Marcar la casilla:**