

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

MOVILIDAD INTERINSTITUCIONAL POR CONVOCATORIA

Nombre de la Institución que convoca:	SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)
Puesto al que postula:	PROFESIONAL DE LA UNIDAD DE OBRAS

A. 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.

B. 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 Título	¿Cuenta con Título Habilitante para el ejercicio de la Profesión?
Elija un elemento.			Elija un elemento.		Elija un elemento.

				Haga clic aquí para escribir una fecha.	
--	--	--	--	---	--

C. 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 .
---	--------------------	--------------------------	------------------------	---------------------

D. 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)

E. 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.

F. 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)

G. 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.

H. PARENTESCO EN LA INSTITUCIÓN DE DESTINO

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.		

*** Campos requeridos**

I. 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 de la presenta convocatoria, a las cuales acepto someterme íntegramente y acatar las obligaciones dispuestas.

Marcar la casilla:

Acepto las reglas de la Convocatoria	
--------------------------------------	--

Una vez completado este formulario favor descargar, firmar, convertir en PDF y remitir al correo:
capacitacionsenave@gmail.com