



FORMULARIO "B"

CURRICULUM VITAE

Consideraciones Previas: En forma especial se debe tener en cuenta que los trabajos realizados, deberá ser una información resumida, de los cuales se debe proporcionar lo que se indica el formato y **deberán contar con los Certificados de Trabajo correspondientes.**

1. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:
Fecha de nacimiento:
CI N°:
Dirección particular:
Comunidad/Distrito/Departamento:
Nacionalidad:
Teléfono de Contacto: <i>(Información indispensable, en caso de dar un número telefónico de amigos o vecinos especificar con nombre y apellido)</i>
Correo electrónico:

2. FORMACION ACADEMICA:

2.1. Estudios Realizados:

Nivel de Estudios	Título Obtenido	Institución/ Universidad	Año de Egreso
PRIMARIO			
SECUNDARIO			
TERCIARIO			
POSTGRADOS			
OTROS			

2.2. Otros estudios:

Cursos realizados	Total de Carga Horaria	Fecha de Participación



Universidad Nacional del Este
Facultad de Ciencias de la Salud

Nuestra MISIÓN

Formar profesionales de las ciencias de la salud, con elevados valores humanos, capaces de mejorar la calidad de vida de la región y del país, con responsabilidad social; y producir conocimientos a través de riguroso proceso de investigación científica.

3. EXPERIENCIA LABORAL

Describa aspectos relevantes de las últimas asignaciones o de la experiencia en funciones requeridas en las bases y condiciones del Concurso. **(Agregar cuadros en caso de necesidad)**

De:/...../..... A:/...../.....	Institución: Referente: Teléfono: Cargo:
Descripción breve de la experiencia laboral y/o las funciones realizadas: 	

De:/...../..... A:/...../.....	Institución: Referente: Teléfono: Cargo:
Descripción breve de la experiencia laboral y/o las funciones realizadas: 	

4. OTROS FACTORES DE EVALUACION:

FACTOR	DESCRIBA	
Idioma Guaraní		Se expresa perfectamente
		Comprende pero no habla
		No comprende ni habla

Por la presente manifiesto bajo Declaración Jurada la veracidad de la información contenida en este formulario, y autorizo a cualquier persona natural o jurídica a suministrar al Organismo o Entidad del Estado y/o sus representantes, toda la información que considere necesaria para verificar la misma.

Firma del/la postulante:

Aclaración de firma:.....

Fecha: