

HOJA DE VIDA

De Frente

De Perfil

1. DATOS INFORMATIVOS:

APELLIDOS Y NOMBRES:	
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	CORREO ELECTRÓNICO:
SEXO: (MARQUE CON UNA X) MASCULINO [<input type="checkbox"/>] FEMENINO [<input type="checkbox"/>]	
ESTADO CIVIL: (MARQUE CON UNA X)	SOLTERO [<input type="checkbox"/>] CASADO [<input type="checkbox"/>] DIVORCIADO [<input type="checkbox"/>] SEPARADO [<input type="checkbox"/>] VIUDO [<input type="checkbox"/>] UNIÓN LIBRE [<input type="checkbox"/>]

2. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

PROVINCIA:	CANTÓN:
PARROQUIA:	FECHA DE NACIMIENTO: DÍA [<input type="text"/>] MES [<input type="text"/>] AÑO [<input type="text"/>]
TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL CANTÓN DURÁN:	EDAD A LA PRESENTACIÓN: AÑOS [<input type="text"/>] MESES [<input type="text"/>] DÍAS [<input type="text"/>]

3. DIRECCIÓN DOMICILIARIA

PROVINCIA:	CANTÓN:	PARROQUIA:
DIRECCIÓN (CALLES):		SECTOR/CDLA:
TLF. CEL. DE CONTACTO:		TLF. DOMICILIO:

4. DATOS PERSONALES:

ESTATURA(cm):	PESO (Lbs):	TIPO DE SANGRE:
RAZA: (MARQUE CON UNA X)		
AFROECUATORIANO [<input type="checkbox"/>]	MONTUBIO [<input type="checkbox"/>]	INDIGENA [<input type="checkbox"/>]
MESTIZO [<input type="checkbox"/>]	BLANCO [<input type="checkbox"/>]	OTROS [<input type="text"/>]



- ¿Sufre de Alguna enfermedad Catastrófica? NO [] SI []
¿Cuál?

- ¿Se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica?
NO [] SI []
- Si se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica, señale:

a) Nombre de la persona con enfermedad o discapacidad: _____

b) Cédula de Identidad de la persona mencionada: _____

c) N° del Certificado del CONADIS de la persona mencionada: _____

5. INSTRUCCIÓN ACADÉMICA:

Nivel de Instrucción	Nombre de la Institución Educativa	Título Obtenido	Lugar (País y ciudad)

6. TRAYECTORIA LABORAL (EXPERIENCIA LABORAL):

FECHAS DE TRABAJO			Organización/ Empresa; y el país donde laboró	Denominación del Puesto	Responsabilidades /Actividades/Funciones	Razones de salida
DESDE (dd/mm/aa)	HASTA (dd/mm/aa)	N° meses/ años				



7. CAPACITACIONES:

(Incluya únicamente los eventos de capacitación relacionados con el puesto al que está postulando, efectuados en los últimos cinco años. Si es necesario, incluya más filas en la siguiente tabla)

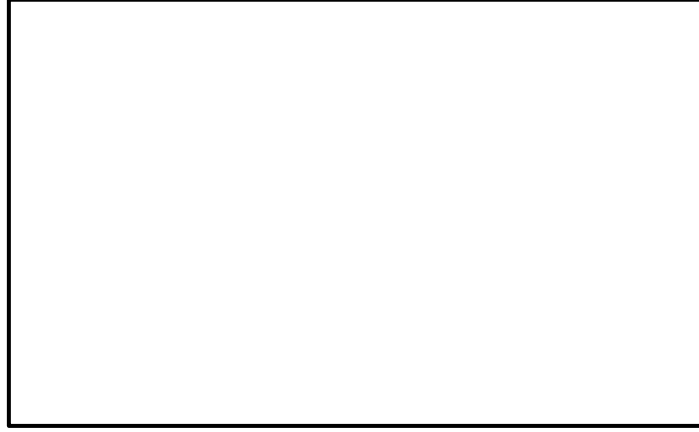
Institución	Tipo de evento	Área de estudios	Nombre del Evento	Días	Horas	Fecha

Nota: En caso de que la o el postulante no indique y certifique la duración en horas del o los eventos de capacitación asistidos, se le asignará 1 hora por día cursado.



CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL ASPIRANTE
(a color el documento)

ANVERSO

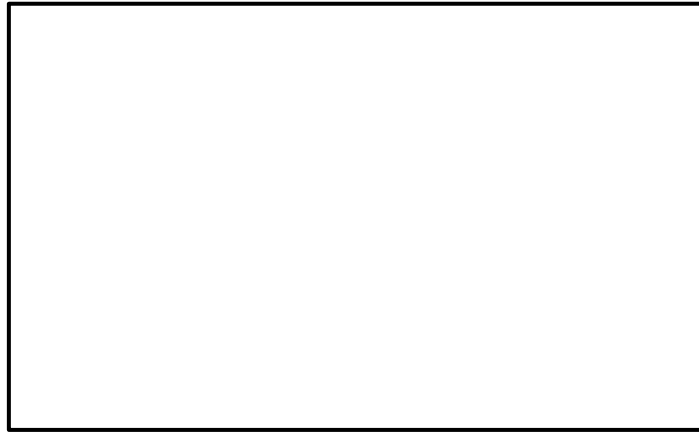


REVERSO



PAPELETA DE VOTACIÓN DEL ASPIRANTE
(a color el documento)

ANVERSO



REVERSO



LICENCIA DE CONDUCIR DEL ASPIRANTE
(a color el documento en caso de poseer)

ANVERSO



REVERSO



DECLARACIÓN: DECLARO QUE, todos los datos consignados en este formulario son verdaderos y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo la responsabilidad, de lo informado.

Acepto que esta postulación sea anulada en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Institución y otras disposiciones legales vigentes.

.....

Nombre de la o el Aspirante

Firma

C.I.

