



## Formulario de inscripción

### LLAMADO PARA DESEMPEÑAR LA FUNCIÓN DE COORDINADOR/A EDUCATIVO/A PARA CECAP TREINTA Y TRES

(El presente formulario tiene carácter de declaración) \*

#### 1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
CEDULA DE IDENTIDAD	CREDENCIAL CIVICA	FECHA DE NACIMIENTO
TELEFONO	CEL	E-MAIL

Atención: La casilla de E-mail será utilizada para las comunicaciones.

#### 2. DOMICILIO

CALLE	NUMERO	APTO.	OTROS
CIUDAD	DEPARTAMENTO	CODIGO POSTAL	

#### 3. INCOMPATIBILIDADES- Marque lo que corresponda con una "X"

El goce de una pasividad o retiro de quien haya sido funcionario público.	No		Si	
El Desempeño como docente en régimen de dedicación total en alguna Institución Educativa	No		Si	
Haber sido destituido como consecuencia de la comisión de falta administrativa grave por incumplimiento de obligaciones sea en condición de funcionario público o bajo cualquier otra modalidad de vinculación	No		Si	

En caso que su respuesta sea Si deberá realizar la aclaración correspondiente.

--

**4. INFORMACIÓN ANEXA**

¿Usted cree tener ascendencia...?: (puede marcar todas las que considere)

<input type="checkbox"/>	<b>Afro o Negra.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Asiática o Amarilla.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Blanca.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Indígena.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Otra (especifique):</b>

¿Cuál considera que es su principal ascendencia?

--

¿Se encuentra inscripto en la Comisión Honoraria de Discapacidad?

<input type="checkbox"/>	Si.
<input type="checkbox"/>	No.

**El presente formulario no será de recibo en caso de no estar completo en su totalidad.**

<b>Acepto estar en conocimiento de las incompatibilidades, requisitos y condiciones establecidas en las bases del llamado</b>
<div><div></div><div><b>Firma</b></div></div> <div><i>Aclaración de Firma:</i> <i>C.I.:</i> <i>Fecha:</i></div>