



Ministerio
de Educación
y Cultura



Dirección Nacional
de Educación

Formulario de inscripción

LLAMADO PARA DESEMPEÑAR LA FUNCIÓN DE COORDINADOR/A EDUCATIVO/A PARA CECAP LA PAZ

(El presente formulario tiene carácter de declaración) *

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

CEDULA DE IDENTIDAD	CREENCIAL 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	<input type="checkbox"/>
El Desempeño como docente en régimen de dedicación total en alguna Institución Educativa	No	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

Si	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

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

¿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.

Acepto estar en conocimiento de las incompatibilidades, requisitos y condiciones establecidas en las bases del llamado	
 <hr style="width: 25%; margin: 0 auto;"/> Firma	
 <i>Aclaración de Firma:</i>	
<i>C.I.:</i>	
<i>Fecha:</i>	