### Instituto Nacional de la Administración Pública del Paraguay

# FORMULARIO DE POSTULACIÓN

CURSOS DE CAPACITACIÓN 2019

Indicar curso al cual postula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A. DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/s y Apellido/s: |  |
| Número del Doc. Identidad: |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |
| Sexo: |  |
| Dirección del Domicilio: |  |
| Ciudad: |  |
| Departamento: |  |
| Teléfono: |  |
| Celular: |  |
| E-mail: |  |

**B. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| Identificación de la Institución: |  |
| Nombre y Apellido de la Máxima Autoridad Institucional: |  |
| Nombre y Apellido del Jefe/a Inmediato Superior: |  |
| Número de Teléfono: |  |
| E-mail: |  |
| Dependencia: |  |
| Cargo que ocupa el Funcionario que postula al curso: |  |
| Funciones y actividades que desempeña: | \*  \*  \*  \*  \* |
| Antigüedad (en años): |  |
| Datos del Director/a de Talento Humano o equivalente: |  |
| E-mail: |  |
| Datos del Responsable de Capacitación: |  |
| E-mail: |  |

**C. FORMACIÓN ACADÉMICA:**

1. Estudios Realizados:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel de  Estudios\* | Titulo  Obtenido | Institución | Año de Obtención del Título | Cumple/No Cumple |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Técnico, Grado, Posgrado

II. Otros Estudios realizados:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cursos | Institución | Año | Duración | Cumple/No Cumple |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

**D. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN SU INSTITUCIÓN Y ÁREA**

**Describa Aspectos relevantes de las asignaciones que a la fecha está desempeñando, con el cargo correspondiente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DE: día/mes/año A: día/mes/año (**\***) | **ÁREA QUE DESEMPEÑA LA FUNCIÓN Y CARGO :**  (Especificar rol ejemplo: jefe, técnico, etc.) | Cumple/No Cumple |
| **FUNCIÓN O ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA:**  **1.**  **2.**  **3.**  **4.**  **5.** | |  |

Agregar más líneas en caso de ser necesarios.

**POTENCIALES BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN A RECIBIR PARA SU INSTITUCIÓN**

**PRINCIPALES MOTIVOS POR LOS CUALES SE POSTULA AL CURSO**

**DISCAPACIDAD SI NO TIPO:**

**SI EL CURSO REQUIERE EL USO DE PLATAFORMA VIRTUAL DE APRENDIZAJE, SOLICITO UNA JORNADA DE INDUCCIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS DE E-LEARNING:**

**SI NO TIPO:**

Observaciones:

* En las columnas sombreadas referidas al puntaje y tipo de experiencia, serán completadas por el Comité de Evaluación.

Adjunto a la misma presentar Fotocopia Autenticada de Cédula de Identidad.

Por el presente manifiesto bajo Declaración Jurada la veracidad de la información contenida en este formulario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/a Funcionario/a Lugar Fecha