

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Se solicita completar el presente formulario en letra de imprenta, el mismo tiene carácter de Declaración Jurada. Se deberá firmar cada página del formulario como así también de cualquier documentación que se adjunte.

**CARGO PARA EL CUAL SE POSTULA:**

## 1. DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:	
N° de Documento:	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:	Teléfono:
Correo electrónico:	

## 2. DATOS DE REVISTA

Número de Legajo:	Fecha de ingreso a la Administración Pública Provincial:
-------------------	--

## 3. EXPERIENCIA LABORAL

### 3.1 ANTECEDENTES DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PROVINCIAL

Cargo / Puesto:		
Tareas desempeñadas:		
Año de ingreso:	Año de egreso:	Motivo:

Cargo / Puesto:		
Tareas desempeñadas:		
Año de ingreso:	Año de egreso:	Motivo:

### 3.2 OTROS ANTECEDENTES LABORALES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA NACIONAL Y/O MUNICIPAL

Cargo / Puesto:		Teléfono:
Tareas desempeñadas:		
Año de ingreso:	Año de egreso:	Motivo:
Referencia:		

Cargo / Puesto:		Teléfono:
Tareas desempeñadas:		
Año de ingreso:	Año de egreso:	Motivo:
Referencia:		

**4. FORMACIÓN ACADÉMICA** (Tachar con una cruz lo que no corresponda)

**SECUNDARIO COMPLETO**

SI	NO
----	----

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

**ESTUDIO Terciario Completo**

SI	NO
----	----

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

**ESTUDIO UNIVERSITARIO COMPLETO**

SI	NO
----	----

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

**ESTUDIO DE POSTGRADO COMPLETO**

SI	NO
----	----

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

**5. CAPACITACIÓN RELACIONADA AL CARGO**

**5.1 CAPACITACIÓN A CARGO DEL I.P.A.P.**

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

**5.2 CAPACITACIÓN REALIZADA EN OTRAS INSTITUCIONES**

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

Curso realizado: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del postulante