



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN SAMBORONDÓN

FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL CONCURSO PÚBLICO DE REGISTRADOR (A) DE LA PROPIEDAD DEL CANTÓN SAMBORONDÓN

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL (A) SOLICITANTE			DÍA	MES	AÑO
---	--	--	-----	-----	-----

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO	CANTÓN	PARROQUIA
DÍA	MES	AÑO			

PROVINCIA	NACIONALIDAD	N°. CÉDULA DE CIUDADANÍA O IDENTIDAD	N°. CERTIFICADO DE VOTACIÓN
-----------	--------------	--------------------------------------	-----------------------------

ESTADO CIVIL	SEXO
SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>

DIRECCIÓN DOMICILIARIA	TELÉFONO (S):
	CELULAR(S):

TIPO DE SANGRE	PADECE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IDENTIFIQUE TIPO Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD QUE POSEE:
----------------	---

UTILIZA PRÓTESIS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE PRÓTESIS ?	ALÉRGICO (A) ALGÚN MEDICAMENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INDIQUE CÚAL:
---	--------------------	---

SU CORREO ELECTRÓNICO ES:

PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA, EN CASO DE SER AFIRMATIVO INDIQUE CUÁL:

EDUCACIÓN Y CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

NIVEL	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	AÑO DE EGRESO	TÍTULOS REGISTRADOS
PRIMARIA			
SECUNDARIA			
TÉCNICA			
SUPERIOR			
OTROS			

ESTUDIA ACTUALMENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUÉ ESTUDIA?
---	--------------

ESTABLECIMIENTO	MODALIDAD Y HORARIO DE ESTUDIOS
-----------------	---------------------------------

ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDADES

HA SUFRIDO ACCIDENTES DE TRABAJO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LUGAR:	FECHA:	NOMBRE DE LA EMPRESA:
--	--------	--------	-----------------------

DATOS DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS		CÉDULA DE CIUDADANÍA Y/O IDENTIDAD	TELÉFONO (S) CELULAR(S)
FECHA DE MATRIMONIO O UNIÓN LIBRE		SI FALLECIÓ INDICAR FECHA	
OCUPACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADOR	DIRECCIÓN DE TRABAJO	TELÉFONO (S) CELULAR (S)

DATOS DE LOS PADRES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE	EDAD	OCUPACIÓN	INDIQUE SI ES FALLECIDO
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE	EDAD	OCUPACIÓN	INDIQUE SI ES FALLECIDO

DATOS DE LOS HIJOS

NOMBRES Y APELLIDOS DE SUS HIJOS	EDAD	OCUPACIÓN

EMPLEOS ANTERIORES

NOMBRE DE LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA	
NOMBRE DE LA EMPRESA	TELÉFONO (S)	NOMBRE DE LA EMPRESA	TELÉFONO (S)
NOMBRE DE LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA	

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	TELÉFONO (S)

REFERENCIAS COMERCIALES Y FINANCIERAS

NOMBRE DE LA ENTIDAD	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	TELÉFONO (S)

CONOCE PERSONAS QUE LABORAN EN ESTA INSTITUCIÓN ? ESPECIFIQUE

NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	TELÉFONO (S)

IMPORTANTE:

REVISE CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DE ESTA SOLICITUD.

CERTIFICO:

QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE DOCUMENTO, ES FIDEDIGNA, Y AUTORIZO AL GAD MUNICIPAL DE SAMBORONDON A VERIFICAR LA AUTENTICIDAD DE LA MISMA, EN CASO CONTRARIO, ME SOMETERÉ A LAS SANCIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS, POR CAUSA DE ADULTERACIÓN Y/O FALSEDAD EN LOS DATOS INDICADOS.

FIRMA DEL APLICANTE