

**PROCESO DE SELECCIÓN DE POSTULANTES**

**PARA FORMACIÓN DE AGENTES CIVILES DE TRÁNSITO**

**HOJA DE VIDA**

De Perfil

De Frente

# NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

**Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Riobamba**

## 1.- DATOS PERSONALES

**Nombre de Postulante:**

Apellido Materno

Apellido Paterno

Nombres

**Lugar de Nacimiento:**

Ciudad

País

**Nombre del Padre:**

Apellido 1

Nombres

Apellido 2

**Nombre de la Madre:**

Nombres

Apellido 2

Apellido 1

**Número de Hermanos: Lugar que ocupa:**

**Tiempo de Residencia en el Cantón Riobamba:**

**Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad a la Presentación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Años/ Meses/ Días

Día /Mes /Año

**Dirección Domiciliaria:**

Parroquia

Cantón

Provincia

Dirección

**Teléfono(s):**

Convencionales

Celular o Móvil

**Cédula de Identidad:**

**Correo electrónico:**

**Establezca su autodefinición étnica (sólo para ciudadanas/os ecuatorianas/os):**

Marque una “x” sobre el grupo étnico al cual Ud. define que pertenece: Afro ecuatoriano

 Montubio

 Indígena

 Mestizo

 Blanco

 Otros:

**¿Sufre de Alguna enfermedad Catastrófica?** SÍ NO **Cuál?**

**¿Se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica?** SÍ NO

 **Si se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica, señale:**

 **a) Nombre de la persona con enfermedad o discapacidad:**

 **b) Cédula de Identidad de la persona mencionada:**

**c) Nº del Certificado del CONADIS de la persona mencionada:**

## 2.- INSTRUCCIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de****Instrucción** | **Nombre de la Institución Educativa** | **Título Obtenido** | **Lugar****(País y ciudad)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 3.- TRAYECTORIA LABORAL (EXPERIENCIA LABORAL)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHAS DE TRABAJO** | **Organización/ Empresa;** **y el país donde laboró** | **Denominación del Puesto** | **Responsabilidades /Actividades/Funciones** | **Razones de salida** |
| DESDE(dd/mm/aa) | HASTA(dd/mm/aa) | Nº meses/ años |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## 4.- CAPACITACIÓN:

(Incluya únicamente los eventos de capacitación relacionados con el puesto al que está postulando, efectuados en los últimos cinco años. Si es necesario, incluya más filas en la siguiente tabla)

| **Institución** | **Tipo de evento** | **Área de estudios** | **Nombre del Evento** | **Días** | **Horas** | **Fecha** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Nota:** En caso de que la o el postulante no indique y certifique la duración en horas del o los eventos de capacitación asistidos, se le asignará 1 hora por día cursado.

**SOLO PARA PERSONAS QUE LABORARON O LABORAN COMO SERVIDORAS/ES PÚBLICOS: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, EN LOS TRES ÚLTIMOS PERÍODOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Período de** **Evaluación** | **Institución en la cual se efectuó la evaluación** | **Evaluación Obtenida****(En letras y números)** |
|  |  |  |  |

**OBSERVACIONES:**

**DECLARACIÓN: DECLARO QUE**, todos los datos consignados en este formulario son verdaderos y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo la responsabilidad, de lo informado.

**Acepto que esta postulación sea anulada en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Institución y otras disposiciones legales vigentes.**

……………………………………………………….. ……………………………………………….

 **Nombre de la o el Postulante Firma**

 **C.I.** ………………………………………

**Lugar y Fecha de Presentación:** …………………………………………………………………………

**Indique el Número de hojas que tiene esta Hoja de Vida y sus anexos.**