

### **1. Información Personal:**

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	
Localidad:	
Teléfono:	
E-mail:	
Nacionalidad:	
Lugar:	
Fecha de Nacimiento:	
DNI/LC/LE:	
Matrícula Profesional:	
CUIT:	

### **2. Datos Profesionales:**

Título de Grado:	
Expedido por:	
Año:	
Título de Post-grado:	
Expedido por:	
Año:	
Otro/s título/s:	
Expedido por:	
Año:	

### **3. Área de capacitación:**

Seleccione área de mayor capacitación (de 1 a 3 de mayor a menor capacitación):

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Políticas Sociales                          | <input type="radio"/> Salud         |
| <input type="radio"/> Elaboración y Gestión de Proyectos          | <input type="radio"/> Familia       |
| <input type="radio"/> Implementación y Evaluación de de Programas | <input type="radio"/> Tercera Edad  |
| <input type="radio"/> Justicia                                    | <input type="radio"/> Discapacidad  |
| <input type="radio"/> Vivienda                                    | <input type="radio"/> Tercer Sector |
| <input type="radio"/> Promoción Comunitaria                       | <input type="radio"/> Otros: _____  |
| <input type="radio"/> Educación                                   |                                     |

#### **4. Cursos realizados vinculados con las áreas seleccionadas:**

Categorías: A: Curso de Capacitación de 16 a 20 hs.  
B: Carreras de especialización de más de 120 hs.  
C: Maestrías.  
D: Doctorados.

Tema:	
Otorgado por:	
Año:	
Categoría:	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D

Tema:	
Otorgado por:	
Año:	
Categoría:	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D

Tema:	
Otorgado por:	
Año:	
Categoría:	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D

#### **5. Situación Laboral Actual:**

1. Relación de dependencia:  SI     NO

Institución:	
Domic. Laboral	
Teléfono:	
Cargo:	
Hoarario	

2. Ejercicio independiente:  SI     NO

Tipo de actividad	
Carga Horaria:	4 a 20 hs.    20 a 40 hs.

3. Desocupado:  SI     NO

4. Jubilado:  SI     NO

#### **6. Antecedentes laborales (de los últimos 3 años)**

Institución:	
Domicilio laboral:	
Teléfono:	
Cargo:	
Ingreso:	
Cese:	
Referencias:	

Institución:	
Domicilio laboral:	
Teléfono:	
Cargo:	

Ingreso:	
Cese:	
Referencias:	

Institución:	
Domicilio laboral:	
Teléfono:	
Cargo:	
Ingreso:	
Cese:	
Referencias:	

**7. Computación:**

Programa que opera	}	Windows	SI	NO
		Word	SI	NO
		Excel	SI	NO
		Works	SI	NO
		Acces	SI	NO
		Power Point	SI	NO
		Internet	SI	NO
		Outlook Express	SI	NO

**8. Idioma/s (especificar nivel)**

Idioma :	Nivel:
Idioma :	Nivel:

**9. Observaciones y/o sugerencias:**

Consignar aquellos otros datos profesionales que considere relevantes:


Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

Aclaración:

Nº Mat.:

Para completar por Tesorería Distrital

Por la presente se hace constar que \_\_\_\_\_ no registra deuda con esta Tesorería Distrital por concepto Matrícula Profesional a la fecha \_\_\_\_\_

Sello Distrito

Firma