FOTO

**CURRICULUM VITAE**

***Consideraciones Previas***: *En forma especial hay que tener presente que de los trabajos realizados se pide una información resumida, de los cuales se debe proporcionar lo que se indica en el formato.*

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido Paterno: | Cédula de Identidad: |
| Apellido Materno: | Email: |
| Nombres: | Teléfono: |
| Edad: Fecha de Nacimiento: / / | Teléfono móvil: |
| Sexo: Lugar de Nacimiento: | Registro Profesional de Médico Nº: |
| Estado civil: Soltero ◻ Casado ◻ Divorciado ◻ |  |
| Dirección particular exacta:  Calle: e/ calle  Numero de Casa:  Barrio:  Ciudad:  Departamento o Región: | |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA:** 
   1. Estudios Realizados:

|  | Especialidad Médica | Unidad Académica | Unidad Formadora | Año de Ingreso | Año de Egreso |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Troncal |  |  |  |  |  |
| Sub Especialidad |  |  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL (OPCIONAL):**

| DE: ….../….... /…...  A: ….... /….... /….... | Institución: ……………………………………….......................……  Referente: Sr/Sra.…..............................…........................  Teléf.: ….......................................................................….  Experiencia………...………………………………………………… |
| --- | --- |
| DE: ….../….... /…...  A: ….... /…..../….... | Institución: ……………………………………….......................……  Referente: Sr/Sra.…..............................…........................  Teléf.: ….......................................................................….  Experiencia:….……………………………………………………… |

1. **OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN:**

| FACTOR | DESCRIBA | |
| --- | --- | --- |
| Idioma Guaraní |  | Se expresa perfectamente |
|  | Comprende, pero no habla |
|  | No comprende ni habla |

Por la presente manifiesto bajo Declaración Jurada la veracidad de la información contenida en este formulario, y autorizo a cualquier persona natural o jurídica a suministrar al Organismo o Entidad del Estado y/o sus representantes, toda la información que considere necesaria para verificar la misma, sin perjuicio del sometimiento a la obligación personal de adjuntar los documentos requeridos y dar cumplimiento a los criterios y procedimientos pertinentes.

Firma:.....................................................................

Fecha: ………………………………………………