



Nº de postulación

Nº lista prelación

### Ficha de inscripción

Llamado a registro de personas interesadas en desempeñarse como docente de Centros MEC de

---

#### 1) Datos personales:

Apellidos:
<input type="text"/>
Nombres:
<input type="text"/>

Cedula de Identidad:	Credencial Cívica:	Fecha de nacimiento:	Sexo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>

Dirección:
<input type="text"/>

Código Postal:	Teléfono:	Celular:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Localidad:	Departamento:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Correo electrónico (Atención: la casilla de correo será utilizada para las comunicaciones):
<input type="text"/>

#### 2) Formación, experiencia y relacionamiento con la comunidad

##### Formación (formal y no formal):

--



**Experiencia como docente:**

(Detalle las experiencias docente en las que haya participado -formales y no formales-)

**Conocimiento y experiencia como docente en alfabetización digital:**

(Detalle las experiencias en las que haya participado que contribuyeron a la promoción de la alfabetización digital)

**Relacionamiento con la comunidad:**

(Detalle las instituciones sociales, vecinales, locales en las que participa -remunerada u honorariamente-)

**Información adicional:**



**3) Incompatibilidades- Marque lo que corresponda con una "X"**

El goce de una pasividad o retiro de quien haya sido funcionario público.	No		Si	
El desempeño como docente en régimen de dedicación total en alguna Institución Educativa	No		Si	
Haber sido destituido como consecuencia de la comisión de falta administrativa grave por incumplimiento de obligaciones sea en condición de funcionario público o bajo cualquier otra modalidad de vinculación	No		Si	

En caso que su respuesta sea Si deberá realizar la aclaración correspondiente.

--

**4) Información anexa**

¿Usted cree tener ascendencia...?: (puede marcar todas las que considere)

<input type="checkbox"/>	<b>Afro o Negra. (*)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Asiática o Amarilla.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Blanca.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Indígena.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Otra (especifique):</b>

¿Cuál considera que es su principal ascendencia?

--

(\*) si contesta afirmativamente, será considerado de acuerdo al artículo 4 de la Ley 19122.



¿Se encuentra inscripto en la Comisión Honoraria de Discapacidad?

	Si.
	No.

**El presente formulario no será de recibo en caso de no estar completo en su totalidad.**

**Acepto estar en conocimiento de las incompatibilidades, requisitos y condiciones establecidas en las bases del llamado**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

*Aclaración de Firma:*

*C.I.:*

*Fecha:*