



OFERTA DE SERVICIOS

Indicaciones:

Sírvase considerar las siguientes indicaciones para completar adecuadamente la presente Oferta de Servicios:

1. Localización: debe indicar los números de teléfono que son restringidos y los disponibles al estudiante.
2. Experiencia laboral: en caso de no ser suficiente el espacio disponible puede utilizar hojas blancas adicionales.
3. Tipo de nombramiento: propiedad, interino, otros (especificar).
4. Jornada laboral: indique la cantidad de horas laborales.
5. Todos los espacios deberán ser completados.
6. Solicitamos actualizar constantemente los datos solicitados en este formulario.

Nombre Completo

Cédula

Fecha



**COLEGIO UNIVERSITARIO DE CARTAGO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
OFERTA DE SERVICIOS**

I. DATOS PERSONALES

Domicilio

Tipo de Identificación _____ Número de Identificación _____ Nacionalidad _____

Nombre _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil _____ Sexo Femenino
 Masculino

Domicilio: _____
Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____

Dirección Exacta: _____

En caso de emergencia contactar a: _____

Teléfonos: _____

Localización

Teléfonos Residenciales	Restringido SI / NO	Teléfonos Móviles	Restringido SI / NO	Fax	Restringido SI / NO	Correo Electrónico

Régimen de pensiones para el cual cotiza

Obligatorio:

- Caja Costarricense del Seguro Social
 Junta de Pensiones del Magisterio Nacional
 Otro: _____

Voluntario:

Régimen de pensiones voluntario al cual pertenece: _____

Disponibilidad para trabajar

- Tiempo completo ¾ de tiempo ½ tiempo ¼ de tiempo

Horario:

- Diurno Nocturno Mixto

II. ESTUDIOS RELIZADOS

Refiérase a los títulos o certificaciones, que determinan su formación pedagógica y académica, propia o afín a la clase de puesto, especialidad y/o nivel solicitado.

Educación	Estudios Efectuados	Nombre Institución	País	Fecha de conclusión de estudios
Primaria				
Secundaria				
Vocacional				
Técnicos				
Diplomados				
Bachillerato				
Licenciatura(s)				
Postgrado				
Otros				

Colegio Profesional

Colegio Profesional	Fecha de incorporación	Numero de carné

Idiomas

Idioma nativo :			
Idioma	Lee *	Habla *	Escribe *

Paquetes de Software

Paquete de Software	Dominio *

* Clasificación: Principiante, intermedio, avanzado.

III. EXPERIENCIA LABORAL

Área Profesional

Institución	Tipo: Pública / Privada/ otro	Teléfono	Dirección	Tiempo Laborado	Departamento	Título del puesto	Tipo de nombramiento	Jornada laboral

Área Docente

Institución	Tipo: Pública / Privada/ otro	Teléfono	Dirección	Tiempo Laborado	Departamento	Título del puesto	Tipo de nombramiento	Jornada laboral

¿Tiene algún grado de afinidad o consanguinidad con algún funcionario de la Institución?

Sí _____ Especifique el nombre y puesto que desempeña: _____

No _____

V. DATOS CLÍNICOS

Mano con que escribe: _____ Tipo de Sangre: _____

Historial de Salud										
Marque con una "X" el o los padecimientos que sufre										
1	Dolor crónico de espalda			9	Hipertensión			17	Artritis	
2	Problemas emocionales			10	Alergias			18	Epilepsia	
3	Problemas de alcohol			11	Ulceras			19	Desmayos	
4	Deficiencia auditiva			12	Colitis			20	Nervios	
5	Deficiencia visual corregida			13	Diabetes			21	Asma	
6	Deficiencia visual sin corregir			14	Venas Varicosas			22	Anemias	
7	Jaqueca o migraña			15	Discapacidad Física			23	Hernias	
8	Afección del corazón			16	Enfermedad Mental					

24	Otro Especifique: _____
25	Indique si toma algún tratamiento: _____ _____ ¿Cuál?: _____ _____

Cirugías Recibidas

Tipo de operación	Fecha

Manifiesto que todos los datos anotados en la presente solicitud son verdaderos, cualquier dato falso o incorrecto, facultará al Colegio Universitario de Cartago para que anule la presente solicitud. Expreso mi anuencia para que la información aquí consignada sea verificada.

Firma del Oferente

Nº de Cédula

Fecha