



## SOLICITUD DE EMPLEO:

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

Puesto de Interés: \_\_\_\_\_

Condición de Interés: Propietario  Interino  Ocasional   
El que se le asigne



**CUENTA DE AHORRO** \_\_\_\_\_ **Entidad bancaria** \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Nacionalidad	Cédula	Estado Civil
Lugar y fecha de nacimiento		Sexo: F ( ) M ( ) Números de Teléfono Residencia: _____ Celular: _____ Oficina: _____
Dirección Exacta		
Ha laborado alguna vez para el Estado. Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Años laborados: _____ Institución: _____		Está su cónyuge (en caso de estar casado) o algún pariente suyo en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, laborando en la Municipalidad de San Carlos, o cumpliendo la función de Alcalde, Regidor o Síndico de San Carlos. Si <input type="radio"/> Qué parentesco: _____ No <input type="radio"/>

### ASPECTOS DE SALUD

**Nota:** La información que a continuación se le solicita no le perjudica en su participación al puesto. Se tiene como único fin poder atender cualquier emergencia de salud que su persona pudiera presentar en el futuro, en caso de laborar en la Municipalidad de San Carlos.

Se encuentra usted bajo tratamiento médico: (especifique)
Ha sido intervenido quirúrgicamente: (especifique)



Posee algún padecimiento que le limite en algún tipo de actividad: (especifique)

- |   |  |
|---|--|
| ( <input type="checkbox"/> ) Dolor de espalda             | ( <input type="checkbox"/> ) Alergias  |
| ( <input type="checkbox"/> ) Problemas emocionales        | ( <input type="checkbox"/> ) Ulceras   |
| ( <input type="checkbox"/> ) Nervios                      | ( <input type="checkbox"/> ) Colitis   |
| ( <input type="checkbox"/> ) Problemas de alcohol         | ( <input type="checkbox"/> ) Diabetes  |
| ( <input type="checkbox"/> ) Deficiencia auditiva         | ( <input type="checkbox"/> ) Asma      |
| ( <input type="checkbox"/> ) Deficiencia visual corregida | ( <input type="checkbox"/> ) Anemia    |
| ( <input type="checkbox"/> ) Deficiencia visual           | ( <input type="checkbox"/> ) Hernias   |
| ( <input type="checkbox"/> ) Jaqueca o migraña            | ( <input type="checkbox"/> ) Artritis  |
| ( <input type="checkbox"/> ) Afección del corazón         | ( <input type="checkbox"/> ) Epilepsia |
| ( <input type="checkbox"/> ) Hipertensión                 | ( <input type="checkbox"/> ) Desmayos  |
| ( <input type="checkbox"/> ) Otros: _____                 |  |

### DATOS FAMILIARES

Nombre del Padre:	Nombre de la Madre:
Nombre del Cónyuge:	Número de hijos del oferente:
En caso de emergencia comunicárselo a: _____	
Número de teléfono: _____	

### ESTUDIOS REALIZADOS

Enseñanza	Nº de Años	Institución	Título Alcanzado
PRIMARIA			
SECUNDARIA			
TÉCNICA			
UNIVERSITARIA			
Incorporado al Colegio Profesional:	Colegio: _____	Número de carné: _____	
	Año de Incorporación: _____	Está al día con las cuotas: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	



### CAPACITACIONES RECIBIDAS

Año	Tema (según detalle del título)	Institución	Horas de capacitación recibida

### LICENCIA DE CONDUCIR

Tipo de licencia:	Fecha de Vencimiento:

### EXPERIENCIA LABORAL

#### Empleo Actual o Último Empleo

Empresa:	Puesto:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Salida:
Principales funciones:	
Nombre del Jefe Inmediato:	Puesto del Jefe Inmediato:
Motivo de Salida:	

#### Empleo Anterior

Empresa:	Puesto:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Salida:
Principales funciones:	
Nombre del Jefe Inmediato:	Puesto del Jefe Inmediato:
Motivo de Salida:	

#### Empleo Tras anterior

Empresa:	Puesto:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Salida:
Principales funciones:	
Nombre del Jefe Inmediato:	Puesto del Jefe Inmediato:



Motivo de Salida:

¿Ha tenido o tiene asuntos judiciales pendientes?

Sí  No  año \_\_\_\_\_, causa \_\_\_\_\_.

¿Ha tenido procesos disciplinarios en alguna de las empresas para las que ha laborado?

Sí  No

Empresa: \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_, causa \_\_\_\_\_.

**Nota:** Pasar al RUC (Plataforma de Servicios) brindar sus datos personales con el propósito de contar con la información para conformar el expediente digital.

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR:**

- ✓ Hoja de Delincuencia, al día.
- ✓ Original y fotocopia de la cédula de identidad.
- ✓ Original y fotocopia de la licencia de conducir.
- ✓ Original y fotocopia de las certificaciones de experiencia laboral incluyendo Evaluación del Desempeño que se le haya aplicado en la empresa (últimos dos años).
- ✓ En caso de haber laborado para otra institución pública: Debe aportar certificación emitida por la institución, o bien una declaración jurada autenticada por un Abogado; en la cual manifieste si recibió, o no recibió, pago por concepto de cesantía por los años laborados.
- ✓ Tres Cartas de Recomendación: Indispensable del (los) último (s) PATRONOS.
- ✓ Una foto tamaño pasaporte (reciente).
- ✓ Original y copia de todos los títulos que aporte y/o certificaciones de estudio.
- ✓ En caso de Operadores de Maquinaria o Guardas de Seguridad, aportar documentación requerida.
- ✓ Documento cuenta bancaria (BCR,BANCO POPULAR O COOCIQUE )

Doy consentimiento expreso, para que el Departamento de Recursos Humanos de la Municipalidad de San Carlos pueda utilizar mis datos personales, según Ley 8968, (Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales).

**Por este medio declaro bajo juramento que: la información suministrada en este documento es cierta, no he incurrido en omisión alguna respecto a los datos solicitados, no me alcanzan las prohibiciones establecidas en el artículo 136 de la Ley N° 7794, denominada Código Municipal, y no he sido inhabilitado por sentencia judicial firme para ejercer cargos públicos. Me doy por enterado(a) de que cualquier incumplimiento a los argumentos anteriores es causal de exclusión de la base de datos y despido en caso de ser nombrado(a).**

-----  
Firma del oferente

-----  
Cédula de identidad

-----  
Fecha y lugar