|  |
| --- |
| **I Parte**  **-Uso exclusivo Postulante-** |

1. **Datos personales del Postulante:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | |  | | N° del DIN | |  |
| Correo electrónico: | |  | | Nº de teléfono: | |  |
| Nivel académico: | | Elija un elemento. | | | | |
| Profesión u oficio: | | Elija un elemento. | | N° de Colegiado: | | Escribir su número. |
| Domicilio | | | | | | |
| **Departamento** | | | **Municipio** | | **Ciudad** | |
|  | | |  | |  | |
| **Dirección exacta:** |  | | | | | |

1. **Aspectos generales:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Experiencia laboral**  (indicar el nombre de la(s) empresa(s), periodo laborado y un resumen de las principales funciones en los últimos 5 años) | Nombre de empresa | Periodo | Funciones y Responsabilidad | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| **Capacitación**  (indicar el nombre y fecha de las últimas 5 capacitaciones recibidas.) Adjuntar certificado como hipervínculo | Charla, Taller, Curso | | | Fecha | Certificado |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
| Disponibilidad de rotar en diferentes establecimientos | | Elija un elemento. | | | |
| Disponibilidad de rotar en diferente horario | | Elija un elemento. | | | |
| Disponibilidad de laborar fines de semana o feriados | | Elija un elemento. | | | |
| Disponibilidad de ingresar a laborar inmediatamente | | Elija un elemento. | | | |
| Tiene experiencia y facilidad en el uso del correo electrónico y otras plataformas tecnológicas | | Elija un elemento. | | | |
| ¿Tiene alguna limitante fisiológica o mental que no permita subir escalones, manejar automóvil, ingresar a lugares con ambientes húmedos y de temperatura extrema? | | Elija un elemento. | | | |

|  |
| --- |
| **II Parte**  **-Uso Exclusivo del SENASA-** |

1. **Área de Autorización a otorgar:**

|  |  |
| --- | --- |
| Área | Elija un elemento. |
| Categoría del Autorizado | Elija un elemento. |
| Dependencia Técnica Responsable | Elija un elemento. |
| Dpto. / Unidad Responsable | Elija un elemento. |

1. **Entrevista:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | Hora inicio: | Elija un elemento. |
| Lugar/Modalidad |  | | Hora final: | Elija un elemento. |
| Nombre del Responsable del SENASA | |  | | |
| Nombre del Representante(s) del Ente Contratante | |  | | |

1. **Aspectos generales a evaluar:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspectos generales** | **Observaciones** |
| Actitud |  |
| Comportamiento |  |
| Forma de responder |  |
| Responsabilidad |  |

1. **Aspectos técnicos a evaluar:**

(indique los aspectos técnicos que requiere evaluar durante la entrevista según el área de oficialización a otorgar)

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspectos técnicos** | **Observaciones** |
| Conocimientos del área |  |
| Experiencia técnica |  |
| Manejo de programas |  |
| Manejo de plataformas de comunicación |  |
| Herramientas de trabajo |  |
|  |  |

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