**Anexos**

**Oferta de Servicios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DIRECCIÓN GENERAL DE AVIACIÓN CIVIL****UNIDAD GESTION INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS** **PROCESO GESTION DE EMPLEO** | **Concurso Externo****CE-001-2018** |
| **OFERTA DE SERVICIOS****CLASE:**  |

Nombre del Reclutador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOS DATOS QUE CONSIGNE EN ESTA OFERTA DE SERVICIOS MODIFICARAN TODOS AQUELLOS POR USTED ANOTADOS EN OFERTAS ANTERIORES**

### DATOS PERSONALES

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de Cédula o Residencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Nacimiento: | DIA | MES | AÑO | Género:  |  F |  M |
|  |  |  |  |  |
| Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Otro teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Primer Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Segundo Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre del Padre: |  |  |  |
| Nombre de la Madre: |  |  |  |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROVINCIA** | **CANTON** | **DISTRITO** | **LUGAR** |
|  |  |  |  |

Otras señas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ESTUDIOS REALIZADOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Educación** | **Carrera o Especialidad** | **Nombre Institución** | **Título Obtenido** | **Fecha Graduación** |
| Primaria |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |
| Idioma Inglés |  |  |  |  |
| Cursos de Computación |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |

**¿Ha laborado para el Estado?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **SI** | **Años** | **Meses** | **Debe presentar constancia en la que se demuestre el tiempo de servicio** |
|  |  |  |  |  |

**¿Ha recibido prestaciones legales en los últimos siete años por parte de alguna institución del Estado?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **NO** |  **SI** |  **AÑO** | **Motivo:** |
|  |  |  |  |

**¿Ha sido despedido (a) de alguna institución del Estado?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **NO** |  **SI** |  **AÑO** | **Institución:** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOTIVO:** | **REESTRUCTURACION** | **DESPIDO CON CAUSA** | **CESE DE INTERINIDAD** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Ha tenido o tiene causas penales en los Tribunales de la Corte Suprema de Justicia?** |  **NO** |  **SI** |  **AÑO** | **Indique la autoridad judicial** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Ha tenido o tiene procesos administrativos – disciplinarios en instituciones del Estado o en el Tribunal de Servicio Civil?** |  **NO** |  **SI** |  **AÑO** | **Indique el nombre de la institución** |

|  |
| --- |
| **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: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Posee alguna discapacidad que requiera apoyo durante la aplicación de pruebas?** |  **NO** |  **SI** | **Especifique que tipo de apoyo requiere:** |

 |

|  |
| --- |
| **DECLARO BAJO JURAMENTO** QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN LA PRESENTE OFERTA DE SERVICIOS SON VERDADEROS. CUALQUIER DATO FALSO O INCORRECTO, FACULTARÁ A LA DIRECCION GENERAL DE AVIACION CIVIL PARA QUE ANULE LA PRESENTE SOLICITUD, ASIMISMO MANIFIESTO ESTAR DE ACUERDO CON SOMETERME A TODO EL PROCESO DE EVALUACION QUE A JUICIO DE LA DIRECCION GENERAL DE AVIACION CIVIL SEA NECESARIA PARA DETERMINAR MI IDONEIDAD (física, psíquica y moral) PARA EL PUESTO EN CONCURSO EXPRESO MI ANUENCIA A QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN LA PRESENTE OFERTA DE SERVICIOS SEA VERIFICADA.MANIFIESTO ESTAR CONFORME CON LA INFORMACIÓN BRINDADA POR LA UNIDAD DE GESTION INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA DIRECCION GENERAL DE AVIACION CIVIL y acepto las condiciones para la clase, Especialidad, Cargo y ubicación en las que estoy participando; LO CUAL AVALO CON MI FIRMA:Firma Oferente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recibido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**NOTA:** TODA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA OFERTA DE SERVICIOS ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.

**✂………………………………………………………………………………………..……………………………................**

**COMPROBANTE DE PARTICIPACION PARA EL OFERENTE**

**CONCURSO EXTERNO CE-001-2018**

NOMBRE DEL OFERENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CLASE: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_