|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Boleta de manifestación de interés de participación | | |
| 1. Nombre completo del participante: | | |
| 1. Número de Identificación del participante: | | |
| 1. Nombrado en alguna institución pertenece al régimen de servicio civil: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ | | |
| Si la respuesta anterior fue Si indicar la Institución a la que pertenece actualmente: | | |
| Clase (s) en las que esta nombrado | **Especialidad (es) en la que esta nombrado** | **Sub especialidad (es) en la que esta nombrado** |
|  |  |  |
| Se encuentra nombrado actualmente: | | |
| ( ) Propiedad (estado)  ( ) Interno (estado)  ( ) Confianza | | |
| Clase (s) en las que desea participar: | **Especialidad (es) en la que desea participar:** | **Sub especialidad (es) en la que desea participar:** |
| Disponibilidad para viajar a cualquier lugar del país: ( ) Sí ( ) No | | |
| Seleccione su disponibilidad de horario | | |
| ( ) Diurno  ( ) Nocturno  ( ) Mixto  ( ) Rotativo | | |
| Seleccione la jornada laboral: | | |
| ( ) Tiempo completo  ( ) Medio tiempo  ( ) Cuarto de tiempo |  |  |
| Provincia (s): | **Cantón (es):** | **Distrito (s):** |
|  |  |  |
| Para notificaciones favor indicar una dirección de correo electrónico: | | |
| ¿Tiene alguna discapacidad por la que requiera algún determinado tipo de apoyo durante el proceso de evaluación? ( ) Sí ( ) No | | |
| Especifique: | | |
| ¿Requiere usted de algún tipo de apoyo para su desempeño laboral? ( ) Sí ( ) No | | |
| Especifique: | | |
| Declaro en este acto, bajo fe de juramento, que cuento con la totalidad de los requisitos de la clase y especialidad del puesto indicado. | | |
|  |  |  |
| Firma del concursante | **Identificación del Concursante** | **Fecha** |