



22. Estudios realizados a nivel de educación: Primaria, secundaria, técnicos o diplomados, universitarios (por ejemplo, instituto de segunda enseñanza, escuela técnica, aprendizaje, universitarios).

Nombre del centro de enseñanza	Educación	Estado cursado	Años cursados		Certificados y diplomas obtenidos	O nivel que está Cursando
			De	A		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diplomados	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bachillerato Universitario	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Posgrado	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\* En caso de que tenga o curse estudios universitarios indique el énfasis a nivel de: a) bachillerato, b) licenciatura, c) maestría, d) posgrado:

a)  c)

b)  d)

23. Estudios realizados en el extranjero ( en el caso de haber realizados estudios fuera del país.) Está reconocido por el Consejo Nacional de Rectores CONARE: Sí  No

Grado académico	Carrera	Centro de Estudios Superiores
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24. Indique si tiene el manejo de los siguientes paquetes de cómputo o lenguaje informático:

Paquetes de cómputo:	Regular	Bueno	Muy Buenos	Lenguaje informático:	Regular	Bueno	Muy Buenos
<input type="checkbox"/> Word	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Power Buidier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PowerPoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Net	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Excel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Java	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Proyect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HTLM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Visio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Visual Basic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Access	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

25. Se encuentra incorporado al Colegio Profesional respectivo : Sí  No

Nombre del Colegio Profesional	Año de incorporación	No. Carné
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Descripción de su trabajo:


28.2 Empleo anterior:

Nombre de la empresa o Institución:			
Dirección del lugar de empleo			
Puesto que desempeña (ó)		Salario inicial:	
Salario: actual o final: <input type="text"/>	Personal a cargo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuántas persona tuvo a cargo:	<input type="text"/>
Fecha de ingreso (día, mes, año): <input type="text"/>	Fecha de salida (día, mes, año): <input type="text"/>	Total de tiempo laborado:	<input type="text"/>

Motivo de salida:

--

Nombre del superior inmediato:

--

Descripción de su trabajo:


28.3 Otro empleo:

Nombre de la empresa o Institución:			
Dirección del lugar de empleo			
Puesto que desempeña (ó)		Salario inicial:	
Salario: actual o final: <input type="text"/>	Personal a cargo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuántas persona tuvo a cargo:	<input type="text"/>
Fecha de ingreso (día, mes, año): <input type="text"/>	Fecha de salida (día, mes, año): <input type="text"/>	Total de tiempo laborado:	<input type="text"/>

Motivo de salida:

--

Nombre del superior inmediato:

--

Descripción de su trabajo:


29. Información familiar:

Nombre del padre:	
Nombre de la madre	
Nombre del cónyuge:	
La casa donde habita es:	Propia <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Otro, indicar <input type="checkbox"/> <input type="text"/>

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted :  Marque con una (X) las personas que habitan en su caso:

¿ Posee automóvil: Sí  No  marca  motocicleta Sí  No  marca

<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Hijos (as): No.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Primos (as) : No.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Hermanos (as): No.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Otros, indique:	
<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Tíos (as): No.	<input type="text"/>			<input type="text"/>

30. Tiene usted algún tipo de discapacidad: Sí  No  En el caso de ser afirmativo favor de completar la siguientes información:

Esta discapacidad es adquirida o de nacimiento:

a) Nacimiento: Sí  No

b) Adquirida ¿cómo la adquirió.? (marque con una (X) alguna de las siguientes alternativas):

1	<input type="checkbox"/>	Accidente de tránsito (como peatón	5	<input type="checkbox"/>	Accidente en lugar de trabajo, indicar el nombre:	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/>	Accidente de tránsito (como conductor (a) o pasajero (a) de vehículo o autobús)	6	<input type="checkbox"/>	Debido a enfermedad, indicar el nombre:	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/>	Accidente en la vivienda	7	<input type="checkbox"/>	Otra, de que tipo:	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	Debido a la edad	8	<input type="checkbox"/>	No sabe, no responde	<input type="text"/>

Tipo de Discapacidad		Grado de Discapacidad (marque con un (X) la opción correspondiente):							
<input type="checkbox"/>	Visual	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Completo
<input type="checkbox"/>	Oído	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Completo
<input type="checkbox"/>	Voz y habla	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Completo
<input type="checkbox"/>	Movilidad	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Completo
<input type="checkbox"/>	Mental-Socioemocional (1)	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Completo
<input type="checkbox"/>	Mental-Aprendizaje (2)	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Completo
<input type="checkbox"/>	Otros indique	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>	Completo

(1) Se refiere a la relación de la persona ante diversas situaciones por ejemplo, si existen factores como los que se exponen y que causan problemas en su manejo: extroversión, amabilidad, responsabilidad, estabilidad psíquica y emocional, optimismo, confianza, ansia, nivel de energía, control de impulsos.

(2) Se refiere a funciones mentales al nivel de la conciencia, control del pensamiento, coordinación, conciencia, orientación, intelectuales, atención, memoria, percepción (auditiva, visual, olfativa, gustativa, táctil, pensamiento, abstracción).

31. Realiza actividades deportivas o artísticas: Sí  No  En el caso de ser afirmativo favor de completar la siguiente información

Actividad		Frecuencia (marque con una (X) la opción correspondiente):							
<input type="checkbox"/>	Fútbol	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Baloncesto	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Ciclismo	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Correr	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Caminar	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Natación	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Gimnasio	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Danza	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Teatro	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1 vez a la semana	<input type="checkbox"/>	3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Canta	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No				
<input type="checkbox"/>	Ejecución de algún instrumento musical	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Cuál:			

<p>32. <b>Operador de Pensiones:</b> Favor de indicar el nombre de la Operadora de Pensiones a la que se encuentra afiliado (a), o en la que se afiliará:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>33. <b>Cuenta de ahorros o débito,</b> de algunos de los siguientes Bancos: Banco Popular o Banco de Costa Rica.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
---	---

<p>34. Señale el lugar o medio para recibir notificaciones:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>35. <b>Nota: Atestados;</b> Deberá presentar el original y copia de los certificados indicados en la Oferta de Servicios, además fotografía reciente, fotocopia de la cédula de identidad, licencias de conducir, hoja de delincuencia, constancia o certificación de tiempo laborado debe de contener las fechas exactas de ingreso y salida (día, mes y año) y puesto que ocupa (ó), así como, si ha disfrutado de permisos sin goce salarial y las fechas de éstos. <b><i>Sino presenta toda la información solicitada la oferta no será admitida por incompleta.</i></b></p>
---	---

36. Sírvase tomar nota de que, al evaluar su candidatura, La Municipalidad se reserva el derecho de ponerse en contacto con las instituciones o empresas donde haya trabajado anteriormente para pedir referencias, en la fase de evaluación, no acostumbramos a ponernos en contacto con su actual institución o empresa a menos que usted lo autorice expresamente.

37. ¿Tiene usted algún inconveniente en que nos pongamos en contacto con la empresa u organización donde trabaja actualmente?:

Sí       No

## **DECLARO BAJO JURAMENTO**

El (la) suscrito (a):  en conocimiento de las penas con que la ley castiga el delito de perjurio tipificado en el artículo trescientos nueve del Código Penal vigente declaro bajo fe de juramento los siguiente:

"Que la información suministrada en esta fórmula es cierta y completa, me doy por enterado (a) y acepto que cualquier dato falso, incorrecto u omisión en el formulario facultará a la Municipalidad de Escazú para anular de conformidad con lo que establece el artículo 81, inciso j) del Código de Trabajo. Asimismo, manifiesto estar de acuerdo con someterme a la evaluación que a juicio de la Municipalidad de Escazú considere necesaria para determinar mi idoneidad para ocupar cualquier puesto, expreso mi anuencia a que la información aquí anotada sea verificada. Finalmente acepto que esta solicitud y cualquier documento que presente son propiedad de la Municipalidad de Escazú." Esto todo. Y firmo en Escazú a las \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y número de cédula**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Nota: La firma de este documento debe consignarse en día de la presentación en el Proceso de Recursos Humanos.**

**Recibido por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*(Nombre del (la) funcionario (a) del Proceso de Recursos Humanos)*