



Dirección de Gestión del Talento Humano

OFERTA DE SERVICIO

PARA USO DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

E I RESPONSABLE SELECCIÓN: _____

FOTOGRAFÍA RECIENTE
(TAMAÑO PASAPORTE)

DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR: UNA FOTOGRAFIA TAMAÑO PASAPORTE, UN CURRICULUM VITAE, CERTIFICACIÓN O COPIA DE ESTUDIOS REALIZADOS, TRES CARTAS DE RECOMENDACIÓN, CERTIFICACIÓN DE TRABAJOS ANTERIORES (INCLUYE PUESTOS Y FUNCIONES DESEMPEÑADAS, FECHAS, MOTIVO DE SALIDA Y SI HUBO PRESTACIONES O NO), DICTAMEN MÉDICO, DECLARACIÓN DE JORNADA, COPIA DE OPERADORA DE PENSIONES, EL NÚMERO DE CUENTA BANCARIA Y FOTOCOPIA DE LA CÉDULA.

IMPORTANTE: SI USTED NO ES DE NACIONALIDAD COSTARRICENSE, SÍRVASE PRESENTAR CERTIFICACIONES Y TÍTULOS DEBIDAMENTE REVALIDADOS, ASÍ COMO LA COPIA DE LA CÉDULA DE RESIDENCIA Y DEL PERMISO DE TRABAJO.

TÍTULO DEL PUESTO QUE SOLICITA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
--------------------------------	-----------------	------------------	--------

CÉDULA:	SEXO: M F	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDAD:	CARNÉ SEGURO SOCIAL
---------	--------------	---------------	---------------	---------------------

DIRECCIÓN	PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO	CALLES Y AVENIDAS
	Nº DE CASA	BARRIO	APARTADO	TELÉFONO

OTRAS SEÑAS:				
--------------	--	--	--	--

LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTATURA	PESO	GRUPO SANGUINEO
---------------------	---------------------	------	----------	------	-----------------

¿QUÉ OTRO PUESTO PODRÍA DESEMPEÑAR	ASPIRO A UN SALARIO DE:	JORNADA
------------------------------------	-------------------------	---------

NOMBRE DE: PADRE MADRE CÓNYUGE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	TELÉFONO

Número de personas que dependen económicamente de usted: _____

INFORMACIÓN REFERENTE A LOS HIJOS Y DEPENDIENTES

NOMBRE	EDAD	SEXO	NOMBRE	EDAD	SEXO

ENUMERAR ACCIDENTES O ENFERMEDADES GRAVES EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS: _____

¿HAY ALGÚN TRABAJO QUE USTED NO PUEDA HACER POR INICACION MEDICA? ¿CUÁL? _____

NOMBRE DE SU MÉDICO	LUGAR DE TRABAJO DE SU MÉDICO	TELÉFONO DE SU MÉDICO
---------------------	-------------------------------	-----------------------

PARIENTES QUE TRABAJAN PARA LA UNED

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	LUGAR DE TRABAJO	LUGAR

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	OCUPACIÓN

ESTUDIOS REALIZADOS

ENSEÑANZA	AÑOS	TÍTULO OBTENIDO O ULTIMO AÑO APROBADO	CENTRO DE ENSEÑANZA
PRIMARIA			
MEDÍA			
UNIVERSITARIA			
TÉCNICOS			
OTROS:			

EXPERIENCIA DE TRABAJO

OCUPACIÓN ACTUAL O ANTERIOR

NOMBRE DE LA EMPRESA O DEPENDENCIA:						TELÉFONO:			
DIRECCIÓN:									
NOMBRE DEL JEFE:				PUEDEN SOLICITAR REFERENCIAS A MI JEFE:				SI	NO
TÍTULO DE PUESTO:				JORNADA	SALARIO MENSUAL	INICIAL ¢		FINAL ¢	
TIEMPO TRABAJADO:	DESDE	HASTA	TOTAL	AÑOS	MESES	PENSIONADO SI NO			
NOMBRE DEL REGIMEN DE PENSIÓN:						FECHA DE JUBILACIÓN			
NÚMERO Y CLASE DE EMPLEADOS BAJO MI DIRECCIÓN:									
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:									

OCUPACIÓN ANTERIOR O TRANSANTERIOR

NOMBRE DE LA EMPRESA O DEPENDENCIA:						TELÉFONO			
DIRECCIÓN:									
TÍTULO DE PUESTO:				SALARIO MENSUAL	INICIAL ¢		FINAL ¢		
TIEMPO TRABAJADO:	DESDE	HASTA	TOTAL	AÑOS	MESES				
MOTIVO DE SALIDA:									
NUMERO Y CLASE DE EMPLEADOS BAJO MI DIRECCIÓN:									

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA ANTERIORMENTE ES CIERTA, Y ME DOY POR ENTERA DO DE QUE CUALQUIER DATO FALSO, ANULA ESTA OFERTA, ASIMISMO ACEPTO QUE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE ADJUNTO, PASAN A SER PROPIEDAD DE ESTA INSTITUCIÓN.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA