



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONCURSO ABIERTO DE MÉRITOS PARA LA SELECCIÓN DE UN MÉDICO EXPERTO EN MEDICINA AERONÁUTICA PARA INTEGRAR LA JUNTA ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE AVIADORES CIVILES

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO

Denominación Junta Especial de Calificación de Invalidez	Fecha de inscripción (Campo de registro UN)	Código de inscripción (Campo de registro UN)
--	--	---

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. EXPEDIDA EN:	LIBRETA MILITAR No. DISTRITO	PROFESION	
No. CELULAR	TELÉFONO FIJO	CIUDAD	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL PARA NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES (No se aceptan correos institucionales)		DIRECCIÓN DE DOMICILIO	
LUGAR (País - Ciudad - Depto) Y FECHA DE NACIMIENTO (día-mes-año)	EDAD:	FECHA EXPEDICIÓN MATRICULA PROFESIONAL (día-mes-año)	

INFORMACIÓN ACADÉMICA: Educación formal

CLASE ESTUDIOS	FECHA INICIO DE ESTUDIOS			FECHA TERMINACION MATERIAS			ESTABLECIMIENTO	TÍTULO OBTENIDO	FECHA DE GRADO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO

CLASE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS (UN), ESPECIALIDAD MÉDICA (EM), ESPECIALIZACIÓN (ES), MAESTRÍA (MS), DOCTORADO (DC)

INFORMACIÓN ACADÉMICA: Educación informal

TIPO FORMACIÓN	FECHA INICIO			FECHA TERMINACION			ESTABLECIMIENTO	CURSO	INTENSIDAD HORARIA (Horas)
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			

TIPO DE FORMACIÓN. Por ejemplo diplomado, cursos, etc.

EXPERIENCIA LABORAL

NOMBRE DEL CARGO ACTUAL				ENTIDAD				TELÉFONO							
DIRECCIÓN				NOMBRE JEFE INMEDIATO				CARGO (Jefe inmediato)				TELÉFONO			
CARGOS ANTERIORES	ENTIDAD	AÑO	DESDE			HASTA			CARGO	PAIS/CIUDAD	TELÉFONOS				
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO							

Nota: Imprima este documento cuantas veces necesite para registrar la información de su inscripción. En todo caso, debe incluir la foliación de esa hoja y la firma

Certifico que toda la información suministrada y contenida en este formulario y folios anexos corresponde estrictamente a la verdad. Manifestación que hago bajo la gravedad de juramento, y así mismo, autorizo para que la misma pueda ser verificada por la Universidad Nacional de Colombia. Para participar en el concurso y de ser designado, **declaro bajo juramento** que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad consagradas en la Ley. Manifiesto expresamente que acepto comunicaciones y notificaciones mediante la publicación correspondiente en la página web: www.derecho.unal.edu.co/, y/o en el correo electrónico que he registrado en el presente formulario de inscripción. Declaro que es mi responsabilidad la consulta permanente del sitio web y/o correo electrónico para conocer la información inherente al concurso como los resultados de las pruebas aplicadas. Con mi firma e inscripción declaro que conozco y acepto las condiciones establecidas en la convocatoria a concurso, pues es responsabilidad exclusiva del aspirante notificarse de las situaciones que allí se reporten.

NOMBRE _____ FIRMA _____ No. Folios: _____

DESPRENDIBLE DE INSCRIPCIÓN

CONCURSO ABIERTO DE MÉRITOS PARA LA SELECCIÓN DE UN MÉDICO EXPERTO EN MEDICINA AERONÁUTICA PARA INTEGRAR LA JUNTA ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE AVIADORES CIVILES.

No. DE FOLIOS _____ No. RADICADO _____

QUIEN RECIBE _____ FECHA _____ FIRMA _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONCURSO ABIERTO DE MÉRITOS PARA LA SELECCIÓN DE UN MÉDICO EXPERTO EN MEDICINA AERONÁUTICA PARA INTEGRAR LA JUNTA ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE AVIADORES CIVILES

RELACIÓN DE DOCUMENTOS HOJA DE VIDA

Nro docs	Nombre documento	# folios
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

Total Folios impresos a UNA cara: En letras _____ En número (____)

Total Folios impresos a DOBLE cara: En letras _____ En número (____)

Número total de Folios: En letras _____ En número (____)

Total documentos (Última cifra Nro doc) En letras _____ En número (____)

DECLARO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LOS DOCUMENTOS APORTADOS SON AUTÉNTICOS

Nombres y apellidos _____

No. Cédula _____

FIRMA: _____