**CURRICULUM DE POSTULACIÓN**

|  |
| --- |
| Para **hacer efectiva su postulación**, debe completar este documento en su totalidad, además de **adjuntar como anexo respaldos según corresponda y subirlo a la plataforma de postulación.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA  |  | : |  |
|  |  |
|  | NOMBRE COMPLETO | **:** |  | **NOMBRE SOCIAL** | **:** |  |
|  |  |
|  | CIUDAD RESIDENCIA | **:** |  | **RUT** | **:** |  |
|  |  |
|  | CORREO ELECTRÓNICO | **:** |  | **CELULAR** | **:** |  |

|  |
| --- |
| IV. EXPERIENCIA LABORAL(Detalle desde la más recientes hasta la más antigua) |
|  |
| CARGO | **EMPRESA** | **CIUDAD** | **PRINCIPALES FUNCIONES** | **INICIO** | **TÉRMINO** |
| MES | AÑO | MES | AÑO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| V. FORMACIÓN ACADÉMICA(Comience por la última educación formal que cursó) |
|  |
| ESTUDIOS ALCANZADOS | **INSTITUCIÓN /****ESTABLECIMIENTO** | **FECHA DE OBTENCIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| VI. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (Detalle desde la más recientes hasta la más antigua) |
|  |
| CAPACITACIÓN/ CURSOS/ POSTGRADOS |  **INSTITUCIÓN /****ESTABLECIMIENTO** | **HORAS CRONOLÓGICAS** | **FECHA DE OBTENCIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VII. EN RELACIÓN CON SU IDENTIDAD DE GÉNERO ¿CÓMO SE RECONOCE?** (Por favor, marque la opción que más le identifique). |
| \_\_\_\_\_ **FEMENINO** \_\_\_\_\_ **NO BINARIO**\_\_\_\_\_ **MASCULINO** \_\_\_\_\_ **PREFIERO NO DECIRLO**\_\_\_\_\_ **TRANSGÉNERO** \_\_\_\_\_ **OTRO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| **VIII. ¿TIENE NACIONALIDAD CHILENA?** |
| \_\_\_\_\_ **SI**  |
| \_\_\_\_\_ **NO** (Adjunte documento de residencia vigente en Chile al final de este documento) |

|  |
| --- |
| **IX. ¿POSEE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDA POR EL COMPIN?**  |
|  |
| \_\_\_\_\_ **SI** (Adjunte credencial de Discapacidad al final de este Documento) | \_\_\_\_\_ **NO** |
| \_\_\_\_\_ **SI, pero no está reconocida por el COMPIN** | \_\_\_\_\_ **PREFIERO NO DECIRLO** |
|  |
| **X. EN CASO DE QUE HAYA MARCADO LA OPCIÓN “SÍ”,** POR FAVOR INDÍQUENOS CUÁL ES EL TIPO DE DISCAPACIDAD QUE POSEE |
|  |
| \_\_\_\_\_ **FÍSICA**  | **\_\_\_\_\_VISCERAL** |
| \_\_\_\_\_ **INTELECTUAL**  | **\_\_\_\_\_ PSIQUIÁTRICA** |
| **\_\_\_\_\_ VISUAL**  | **\_\_\_\_\_ MULTIDÉFICIT** |
| **\_\_\_\_\_ AUDITIVA** |  |

|  |
| --- |
| **XI. OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES**(Incorpore aspectos que considere relevantes para su postulación) |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **XII. REFERENCIAS LABORALES** (Considere hasta tres últimas jefaturas) |
|  |
| **NOMBRE JEFATURA** | **ORGANIZACIÓN** | **CARGO** | **TELÉFONO**  | **CORREO ELECTRÓNICO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |