|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESCUDO  **ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**  **MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y PREVISIÓN SOCIAL**  **VICEMINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL**  **DIRECCIÓN GENERAL DE TRABAJO, HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL** | NIVEL |  |
| N° de REGISTRO |  |
| FOLIO |  |
| **FORMULARIO DE REGISTRO INDIVIDUAL**  **PROFESIONALES Y TÉCNICOS EN HIGIENE, SEGURIDAD OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO** | | |
| El presente formulario debe ser llenado en forma digital, a máquina o con letra de imprenta en la forma más clara y completa posible. La información proporcionada debe ser real y debidamente respaldada con documentación para facilitar los trámites de inscripción. Cualquier falsedad invalidará el registro correspondiente. | | |
|  | | |

# DATOS GENERALES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 Apellido paterno | Apellido materno | | | | Nombres | | | | | | | | **1.7 FOTOGRAFÍA (\*)** |
|  |  | | | |  | | | | | | | |
| 1.2 Lugar de nacimiento | | | | | | 1.2.1 Fecha de nacimiento | | | | | | |
|  | | | | | | Día | | Mes | | Año | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |
| 1.3 Nacionalidad | 1.3.1 Estado civil | | 1.3.2 C. Identidad | | | | | | 1.3.3 Sexo | | | |
|  |  | |  | | | | | | Hombre ( ) Mujer( ) | | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | | |
| 1.4 Dirección actual (Calle, Nro., Zona, Ciudad, Depto.) | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | | | |  | 1.6 Telf. | |
|  | | | |  | | |  | | | |  |  | |
| 1.5 Dirección Permanente (Calle, Nro., Zona, Ciudad, Depto.) | | | | | | | | | | | | 1.8 Telf. | |
|  | | | |  | | |  | | | |  |  | |
|  | | | |  | | |  | | | |  |  | |
| * 1. Entidad donde trabaja | | Cargo(s) que desempeña | | | | | | Dirección. | | | | Telf. | |

# MOTIVO DE LA SOLICITUD

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.1 Tipo de solicitud (coloque X donde corresponda) | | 2.2 Especialidades (coloque X donde corresponda) | | | |
| Registro Nuevo |  | Salud Ocupacional |  | Higiene Ocupacional |  |
| Prevención de Riesgos Laborales |  | Medicina del Trabajo |  |
| Renovación |  | Ergonomía |  | Otros |  | |
|  |
| Re-categorización |  | Seguridad Ocupacional |  |
| Especifique otros: | |  | |
|  | |

# EDUCACIÓN BÁSICA, INTERMEDIA Y MEDIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la Institución y lugar donde cursó estudios | Duración | Títulos obtenidos |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# EDUCACIÓN SUPERIOR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la Institución y lugar donde cursó estudios | Duración (meses ó años) | Títulos obtenidos |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# ESTUDIOS DE POSTGRADO (DIPLOMADO, ESPECIALIDADES, MAESTRÍA, DOCTORADO, OTROS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la Institución y lugar donde cursó estudios | Duración (semanas, meses ó años) | Títulos obtenidos |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## CURSOS, CURSILLOS Y OTROS (EN LOS QUE SE PARTICIPÓ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CURSOS REALIZADOS | INSTITUCIÓN | Duración (horas, días ó semanas) | DURACIÓN DEL EVENTO  En horas o meses |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## CURSOS, CURSILLOS Y OTROS DICTADOS POR LA PERSONA NATURAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EVENTOS REALIZADOS | INSTITUCIÓN | Duración (Horas, días ó semanas) | DURACIÓN DEL EVENTO  en horas o meses |
| CURSOS | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| CONFERENCIAS Y SEMINARIOS | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| OTROS | | | |
|  |  |  |  |

## PRODUCCIÓN INTELECTUAL E INVESTIGACIONES REALIZADAS POR LA PERSONA NATURAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INVESTIGACIÓN | INSTITUCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## PUBLICACIONES REALIZADAS POR LA PERSONA NATURAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INVESTIGACIÓN | INSTITUCIÓN | FECHA | OBSERVACIONES |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# EXPERIENCIA DE TRABAJO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entidad(es) o Empresa(s) donde prestó sus servicios | Cargos desempeñados | Fecha de inicio | | | Fecha de culminación | | |
|  |  | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia Total | Años: | Meses: |
|  |  |
| Experiencia Específica | Años: | Meses: |
|  |  |

**11. DECLARACION JURADA**

|  |
| --- |
| Yo…………………………………………….….mayor de edad, con C.I. N°…………………Exp. …..., declaro bajo juramento la veracidad de mis datos indicados en el presente Formulario de Registro Nacional de Profesionales y Técnicos en Higiene, Seguridad Ocupacional y Medicina del Trabajo y asumo plena responsabilidad de la exactitud de los datos consignados, acogiéndome al marco legal vigente y de procedimientos administrativos en general; firmando en signo de aceptación.  Lugar y Fecha:  …………………………………… ………………………………  Firma del postulante |

**\* el punto 1.7 será llenado por la Dirección General de Trabajo, Higiene y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social.**