|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIO DE POSTULACIÓN****SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO DESCOLONIZADOR Y DESPATRIARCALIZADOR** | **N° \_\_\_\_\_\_\_** |
| Asignado por Recursos Humanos de la entidad de origen. |
| LUGAR |  | FECHA |  | GESTIÓN |  |
| 1. **DATOS DE LA ENTIDAD**
 |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA DE ORIGEN |  |
| 1. **DATOS DE LA O EL POSTULANTE**
 |
| NOMBRE COMPLETO |  | GENERO |  M F Otro |
| N° CARNET DE IDENTIDAD |  | N° TELÉFONO CELULAR |  |
| CARGO |  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN**

**(Puede elegir más de una opción)** |
| SALUD |  |
| ATENCIÓN Y AUXILIO OPORTUNO  |  |
| EDUCACIÓN |  |
| FOMENTO A LA CULTURA  |  |
| PREVENCIÓN Y ELIMINACIÓN DE TODA FORMA DE VIOLENCIA  |  |
| MEDIO AMBIENTE |  |
| SEGURIDAD CIUDADANA |  |
| EDUCACIÓN VIAL Y PEATONAL |  |
| PRODUCCIÓN |  |
| INFRAESTRUCTURA  |  |
| ASISTENCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA  |  |
|  **4.¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD?** |
|  **SI NO****Describa cual** **R.- …….……………………………………………………………………..**  |

VoBo

RR.HH.

FIRMA

Servidor(a) publico(a)