|  |
| --- |
| **1. DATOS PERSONALES DEL CONCURSANTE** |
| Nombres y Apellidos:  | Cédula de Identidad:  | Fecha:**04/04/2024** |
| **2. DATOS DE LA SOLICITUD** |
| Tipo de la Solicitud:  |  | **Indique el Tipo de Solicitud** |
| Tipo de Concurso:  |  | **Oposición**  |
|  |  |  |
| Exposición de Motivos:  |
| **3. DATOS ORGANIZACIONALES** |
| **Unidad de Adscripción o de Investigación** |
| **Escuela/Instituto de Investigación:** |  |
| **Departamento/Centro de Investigación:** |  |
| **Área de Conocimiento**: |  |
| Tiempo de Actividad Académica | **Indique** | Nº de Horas | **Indique** |
| **Recibido por** (Funcionario de Secretaría de Consejo de Facultad)**:** Nombre y Apellido.: | Firma: | Fecha: **/ /**  |
|  |
| **4. INSTANCIA DONDE REALIZA LA SOLICITUD** |
| **COMISIÓN PERMANENTE EVALUADORA DE CREDENCIALES** | **( )** |
| **CONSEJO DE FACULTAD**  | **( )** |
| **RESOLUCIÓN** | **Procede****No Procede** | **( )** | **OBSERVACIÓN:** |
| **( )** |
|  |
| Responsable de la respuesta Nombre y Apellido: | Firma: | Nº de Control u Oficio: |
|  |  |  |
| **Como participante Doy fe de estar conforme con la revisión de la solicitud realizada.** | Firma: |
|  |
|  |
| **Recibe el CF:**  | Fecha: **/ /** |