|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: **/ /** | | |