**INSCRIPCIÓN DE ASPIRANTES**

**AUXILIAR DE DOCENCIA DE SEGUNDA CATEGORIA-ESTUDIANTE**

**OCD Nº 5/2021**

San Luis, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A la Sra. Decana

De la Facultad de Ciencias de la Salud.

Esp. María Cecilia CAMARGO.-

S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D

Me dirijo a Usted a efectos de solicitar la inscripción como aspirante según Resolución \_\_\_Nº\_\_\_\_\_\_, EXP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, correspondiente al llamado para cubrir UN (1) Cargo de Auxiliar de Docencia de Segunda Categoría - Estudiante, dedicación simple, carácter interino con destino a cumplir funciones en el Área\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Temas Relativos a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Luis.-

Adjunto a la presente DOS (2) Curriculum Vitae, Certificado Analítico Parcial, UNA (1) carpeta con probanzas debidamente legalizada, UN (1) índice de probanzas y UN (1) CD o pendrive con dicha documentación digitalizada.-

Sin otro particular, saludo a usted con distinguida consideración.-

|  |  |
| --- | --- |
| Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Aclaración (Nombre y Apellido):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| DU Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Domicilio legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Domicilio real:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Teléfono / Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |