|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL** | |
| NOMBRE |  |
| APELLIDOS |  |
| MAIL |  |
| DOMICILIO |  |
| TELÉFONO |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA COMO TRABAJADORA SOCIAL**   **(mediante vida laboral y/o certificados de empresa originales)** | | | | |
| ENTIDAD | FECHA  INICIO | FECHA DE FIN | TIEMPO TOTAL  (DIAS/MESES/AÑOS) | JORNADA  (HORAS POR SEMANA) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SUMA DEL TIEMPO TOTAL TRABAJADO** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **OTRAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES NO LABORALES COMO TRABAJADORA SOCIAL (VOLUNTARIADO, BECAS, COLABORACIONES, ETC.)** | | | | |
| ENTIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN | TIEMPO TOTAL  (DIAS/MESES/AÑOS) | JORNADA  (HORAS POR SEMANA) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IDIOMAS EXIGIDOS** | | |
| IDIOMA | ENTIDAD ACREDITADORA Y NIVEL | AÑO EXPEDICIÓN TÍTULO |
|  |  |  |
|  |  |  |

5. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES ACREDITADAS (Explicación breve: duración, lugar, entidades con las que se ha colaborado o realizado actividades, etc.)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Declaro que todos los datos aquí expuestos son ciertos y que dispongo de todas las acreditaciones oportunas y que conociendo las condiciones de esta convocatoria, en caso contrario asumo mi exclusión.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Firmado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_