

FORMULARIO DE POSTULACIÓN

Concurso al premio "Para la Comunidad GLBTI" Patricio Brabomalo 2023

SECCIÓN SIN PUNTUAJE:

1.- DATOS PERSONALES POSTULANTE:

Nombre: (Incluir nombre social o de auto identificación en caso de tenerlo)

Apellidos Nombres

Cédula de identidad:

Teléfono convencional o celular:

Correo electrónico:

Dirección Domiciliaria:

Personas con discapacidad (Nº de carné del CONADIS):

Auto identificación étnica (marque con "X" donde corresponda)

Mestiza-o / Pueblo Afrodescendiente / Nacionalidad Indígena / Pueblo Montubio /
Otros

2.- INSTRUCCIÓN FORMAL (Sin puntaje)

Nivel de instrucción	Nombre de la institución educativa	Especialización	Título obtenido	No. Registro Senescyt
Tercer nivel (opcional)				
Cuarto nivel (opcional)				

3.- EXPERIENCIA PROFESIONAL (Sin puntaje)

FECHAS DE TRABAJO			NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CARGO O RESPONSABILIDADES	ACTIVIDADES
DESDE	HASTA	Nº meses/ años Nº meses/ años			

SECCIÓN PUNTUADA:

1.- ACTIVISMO, PROYECTOS O ACCIONES REALIZADAS A FAVOR DE LA POBLACION LGBTIQ+

FECHAS			NOMBRE DE INSTITUCIÓN, FUNDACIÓN, ONG, ASOCIACIÓN, COLECTIVO O A TÍTULO PERSONAL	TIPO DE PARTICIPACIÓN, CARGO, NOMBRE DEL PROYECTO.	ACTIVIDADES REALIZADAS (RESUMIDAS CON MÁXIMO DOS PÁRRAFOS)
DESDE	HASTA	Nº meses/ años			

Parámetros de incidencia directa

No.	Actividad (derecho vulnerado)	Actor de incidencia	Impacto del proceso de incidencia
1			
2			
3			

2. DIFUSIÓN DE ACCIONES QUE HAN POSICIONADO LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN LGBTIQ+ EN LA COMUNIDAD

NOMBRE DE LA ACCIÓN	TEMÁTICA	TIEMPO	LUGAR DE LA ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN

3. CAPACITACIONES, TALLERES, SEMINARIOS, ACTUALIZACIONES SOBRE DERECHOS HUMANOS O DERECHOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN LGBTIQ+ AFINES TOTAL 20 PUNTOS

NOMBRE CAPACITACIÓN NACIONAL / INTERNACIONAL PRESENCIAL / ONLINE	TEMA	DURACIÓN EN HORAS	LUGAR DE LA ACTIVIDAD

SECCIÓN FINAL:

DECLARACIÓN: DECLARO BAJO JURAMENTO Y RESPONSABILIDAD QUE, todos los datos que incluyo en el **formulario de postulación**, son verdaderos y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que autorizo a que sea sujeta de verificación y asumo cualquier responsabilidad futura. Acepto que esta postulación sea anulada en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Institución y otras disposiciones legales vigentes.

Nombre del postulante

Firma

Lugar y fecha de presentación: -----

Indique el número de hojas que adjunta a este formulario -----



IMPORTANTE: Entregar este formulario con todos sus adjuntos en forma física o digital; si es remitido de forma física, la documentación debe ser entregada en carpeta con separadores acorde con la secuencia de los documentos solicitados y debidamente numerado.

Todos los datos consignados en el presente formulario deberán ser respaldados con documentación.

Fecha de presentación: _____