**Formato de Currículo Vitae (CV) para FACILITADORES de UNICEF en el marco del Proyecto “Buenas Prácticas de Nutrición en la Primera Infancia y en niños de edad escolar**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nombre y apellido del Profesional:** |  |
| **2. País de Ciudadanía/Residencia** |  |

**3. Educación*:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de Estudios** | **Título Obtenido** | **Universidad** | **Año de Egreso** | **Duración**  **(años/horas)** |
| Universitario |  |  |  |  |
| Doctorado |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |
| Especialización |  |  |  |  |
| Diplomado |  |  |  |  |

*(Puede agregar más filas según necesidad y eliminar las innecesarias)*

**4. Historia laboral:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Periodo** | **Organización Empleadora y el título del cargo. Información de Contacto para referencias** | **País** | **Resumen de las Actividades desempeñadas** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Puede agregar más filas según necesidad y eliminar las innecesarias)*

**5. Otras consultorías y actividades laborales:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organización** | **Cargo** | **Fecha** | **Lugar** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(Puede agregar más filas según necesidad y eliminar las innecesarias)*

**6. Idiomas (indique únicamente los idiomas en los que puede trabajar**:

**-**

**-**

**-**

**7. Idoneidad para el Trabajo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tareas detalladas asignadas al Grupo de Profesionales del Consultor:** | **Referencia a Trabajos/Tareas Anteriores que mejor ilustre la capacidad para manejar las Tareas asignadas** |
| Facilitador externo |  |

**8. Información de contacto del Profesional:**

Correo electrónico:

Número línea móvil:

**9. Certificación**:

El suscrito certifica, hasta el mejor de mis conocimientos, que este CV describe correctamente a mi persona, mis calificaciones y mi experiencia y que estoy disponible para asumir el trabajo en caso de que me sea adjudicado. Declaro no formar parte de los cuadros de personal activo (nombrado o contratado) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Entiendo que cualquier falsedad o interpretación falsa aquí descrita podrá conducir a mi descalificación o retiro del proceso, por parte del Convocante y UNICEF.

Firma

Aclaración de firma

N° CI: