**ANEXO 1**

**DECLARACIÓN SUSTITUTIVA DE CERTIFICACIÓN**

**(Art. 47 D.P.R. 28 de diciembre de 2000, n. 445)**

El suscrito/a ………………………………, nacido/a en…………...............………. el …........................................…………, que reside en …...................................…………………, en (dirección de residencia) ………....................................…………………., CI/NIT …………………….....................................……, es consciente de las sanciones penales, en el caso de declaraciones falsas, producción o uso de documentos falsos, mencionados en el art. 76 de la D.P.R. 445 del 28 de diciembre de 2000 y está a conocimiento que durante el proceso de evaluación el Comité podrá solicitar la certificación de los requisitos, declarados por el suscrito en la Primera Parte y en la Segunda Parte de este Anexo I, y que si no se demuestran y no se presenta en el tiempo solicitado será descalificado de la convocatoria.

Con referencia a la **CONVOCATORIA PUBLICA** para la contratación de N. 1 **Asistente Técnico Senior** para el **“Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud – II Fase”**, AID 10869, CÓDIGO DE CONVOCATORIA: BOL/2020-01

**DECLARA**

**PRIMERA PARTE**

1. Tener una edad mayor de 18 años y no superior a los 67 años en el momento de la suscripción del contrato y por toda la duración del mismo;
2. Tener un título profesional de Licenciatura en Ciencias de la Salud o Ciencias Sociales, obtenido en fecha ……………. en la institución ………………………………………..;
3. Tener experiencia profesional de al menos 10 años en ámbito de cooperación internacional en países en vía de desarrollo, y al menos 6 años de experiencia en proyectos de salud de la cooperación italiana en América Latina.
4. De nacionalidad boliviana, o residente en Bolivia por más de 3 años, con dominio del idioma español escrito y oral a nivel C2 ;
5. Excelente conocimiento de los principales instrumentos informáticos, en particular del Paquete MS Office.
6. Disponible a asumir el encargo tan pronto sea seleccionado.
7. Gozar de los derechos civiles y políticos;
8. No tener condenas penales, no ser receptor de medidas preventivas y no estar sujeto a procedimientos penales o contables tanto en Italia como en el extranjero;
9. No haber sido despedido, dispensado, declarado caducado o despedido del empleo en una Administración Pública, tanto en Italia como en el extranjero;
10. No ser sometido a procedimientos penales o contables por delitos contra la Administración Pública;
11. No estar sujeto a obligaciones de servicio militar.
12. Estar físicamente apto para el empleo.

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

(Lugar y fecha) (Firma del candidato)

**SEGUNDA PARTE**

El/La suscrito/a, para la atribución del puntaje, declara también:

1. Poseer las siguientes calificaciones superiores a las requeridas (títulos profesionales y de postgrado), de las cuales otorga la certificación adecuada:

a)

b)

c)

d)

1. Haber proporcionado los servicios que se indican a continuación para los cuales se adjunta la certificación apropiada:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Empleador | Funciones desempeñadas | Periodo de servicio: desde al | Causa de resolución |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

El/La suscrito/a declara que lo que afirma en la presente solicitud responde a la verdad.

El/La suscrito/a declara también dar su consentimiento para que los datos personales proporcionados al completar la presente solicitud de admisión a las pruebas de examen se procesen, con la ayuda de herramientas manuales, informatizadas y telemáticas, con el fin de gestionar los exámenes y conservarlos incluso después del eventual establecimiento de la relación laboral para los fines relacionados a la gestión de la relación misma.

Doy fe

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

(Lugar y fecha) (Firma del candidato)

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

El/La suscrito/a desea que cualquier comunicación sea enviada a la siguiente dirección:

Señor/a:

Dirección y ciudad:

Teléfono:

Dirección de correo electrónico: