**Anexo N° 5 Currículum Vitae Coordinador Pedagógico del Proyecto**

**A:**  **Sr. Cristian Lincovil Belmar**

**Secretario Ejecutivo de Educación Media Técnico Profesional**

**Subsecretaría de Educación**

Avenida Libertador Bernardo O`Higgins Nº 1371, Piso 7, Oficina 719, Santiago.

**1. Identificación** *(No modificar celdas, es obligatoriedad completar todos los datos que se solicitan)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo**  |  |
| **R.U.N** |  |
| **Dirección**  |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Teléfono**  |  |
| **Fecha de Nacimiento**  |  |

**2. Antecedentes Académicos** *(Adjuntar todos los títulos y certificados que acrediten los antecedentes académicos. Insertar cuantas filas sea necesario en el caso de presentar uno o más antecedentes.)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Años de servicio en Educación**  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título Profesional y/o Técnico** | **Año de Obtención**  | **Institución**  |
|  |  |  |
| **Postgrado** | **Año de Obtención** | **Institución** |
|  |  |  |
| **Postítulos** | **Año de Obtención** | **Institución** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Cursos y/o Seminarios** | **Año de realización** | **Institución** |
|  |  |  |

**3. Antecedentes Laborales** *(Insertar cuantas filas sea necesario, priorizar aquellas experiencias en proyectos ligados a EMTP, al diseño instruccional de iniciativas o actividades formativas)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Desde** (Mes y año) | **Hasta** (Mes y año) | **Institución** | **Cargo y descripción de funciones** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. Otros Antecedentes** (*Publicaciones, representaciones u otros de relevancia para el cargo propuesto)*

|  |
| --- |
|  |

Yo, *(Nombre y R.U.N de la persona que postula al cargo)* el abajo firmante, certifico que estos datos describen correctamente mi persona, mis antecedentes académicos y laborales.

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

 Firma del Profesional Firma del representante legal de la Institución

 *(Ciudad), (Mes), (Año)*