**Registro Único de Aspirantes**

Cupo laboral de personas con discapacidad

**Formulario de inscripción**

Fecha de presentación: / /

Lugar de recepción:

**Datos personales**

Apellido/s:

Nombre/s:

DNI:

CUIT / CUIL:

Género auto-percibido:

Fecha de nacimiento: / /

Nacionalidad:

**Datos sobre discapacidad**

Tipo de discapacidad (Marcar con una cruz la opción que corresponda):

Motriz Visual Auditiva Cognitiva Otro

Especificar si es otro tipo:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Tiene Certificado Único de Discapacidad CUD? SI / NO

Indicar fecha de vencimiento: / /

Si respondió SI. Describir que Diagnostico figura en el CUD

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Domicilio legal y datos de contacto**

Calle: Número: Piso: Unidad:

Localidad: Departamento:

Teléfono fijo: Celular:

Correo electrónico:

**Educación inicial y media**

(Marcar con una cruz la opción que corresponda)

Estudios primarios: Incompletos En curso Finalizados

Institución:

Estudios secundarios: Incompletos En curso Finalizados

Institución:

Título alcanzado:

Fecha de emisión del título: / /

¿Su trayectoria educativa la realizó con Proyecto Pedagógico Individual para la Inclusión (PPI)? SI / NO

**Educación superior y universitaria**

(Marcar con una cruz la opción que corresponda)

Estudios terciarios: Incompletos En curso Finalizados

Área de estudios terciarios:

Institución:

Fecha de emisión del título: / /

Estudios universitarios: NO Incompletos En curso Finalizados

Área de estudios universitarios:

Institución:

Fecha de emisión del título: / /

¿Su trayectoria académica la realizó con ajustes razonables para el cursado? SI / NO

Especificar tipo de ajuste razonable:

**Otros conocimientos**

Informática: Básico Intermedio Avanzado

Idiomas (especificar idioma y nivel alcanzado):

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Mencionar las tres capacitaciones más relevantes que haya realizado:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Otros conocimientos adquiridos: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**¡Has tenido o tenés algún vínculo laboral con la Universidad?**

**SI – NO**

Si la respuesta es SI. Especificar qué tipo de relación laboral tiene (becas, contratos, etc.). Qué funciones desempeña y en que dependencia.

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Experiencia laboral comprobable**

¿Cuenta con antecedentes de trabajo acreditables en el ámbito público?: SI / NO

Especificar las tres experiencias laborales que considere más relevantes:

1. Puesto de trabajo:

Lugar de trabajo:

Función desempeñada:

Desde: / / Hasta: / /

¿Contó con apoyos específicos para el desarrollo de sus tareas? SI / NO

Especificar el tipo de apoyo:

2. Puesto de trabajo:

Lugar de trabajo:

Función desempeñada:

Desde: / / Hasta: / /

¿Contó con apoyos específicos para el desarrollo de sus tareas? SI / NO

Especificar el tipo de apoyo:

3. Puesto de trabajo:

Lugar de trabajo:

Función desempeñada:

Desde: / / Hasta: / /

¿Contó con apoyos específicos para el desarrollo de sus tareas? SI / NO

Especificar el tipo de apoyo:

**¿En qué tareas considera que sería mejor su desempeño?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Datos adicionales**

¿Cuenta con disponibilidad horaria para trabajar sábados, domingos y feriados? SI / NO

¿Cuenta con disponibilidad horaria para trabajar en turnos rotativos? SI / NO

Indique documentación que adjunta (Marcar con una cruz las opciones que corresponda)

Fotocopia de DNI

Certificado Único de Discapacidad

Curriculum Vitae

Certificado de estudios y/o capacitaciones realizadas

Certificado de antecedentes laborales

Otros certificados

**Requerimientos específicos**

Tipo de apoyo que utiliza (Marcar con una cruz la opción que corresponda):

Silla de ruedas Bastón/Muletas

Perro guía Audífono/Implante coclear

Otros tipos de apoyo:

Necesita acompañamiento terapéutico para realizar las actividades de la vida cotidiana? SI / NO

Tipo de ajuste razonable que necesita en el puesto laboral (Marcar con una cruz la opción que corresponda):

Accesibilidad física Lector de pantalla Intérprete de LSA

Otros tipos de ajustes:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Observaciones y comentarios:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………