



Agencia de Regulación y Control de la
Bioseguridad y Cuarentena para Galápagos

FORMULARIO DE APLICACIÓN DE VOLUNTARIOS

INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos y nombres	Dirección:
C.I./Pasaporte Nro.	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento	Teféfono celular:
Lugar de Nacimiento	teféfono casa:
Tipo de Sangre	Género:
Email *:	

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Universidad	
Nivel de Instrucción	
Ciclo / año graduación	
Área de conocimiento	
Si tiene formación de cuarto nivel	
Nivel de Instrucción	
Área de conocimiento	

EXPERIENCIA Empezar por el último trabajo

Institución	Cargo desempeñado	Actividades principales	Fecha de ingreso	Fecha de salida

CAPACITACIÓN RELEVANTE (Mayor a 8 horas y con certificado) Empezar por el último evento de capacitación e incluir en este apartado el conocimiento de idiomas

Evento de capacitación	Tipo de evento	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Duración en horas
PROYECTOS EN LOS GUSTARIA PARTICIPAR				
Favor indicar la preferencia enumerado del 1 al 3 todos los proyectos, siendo 1 el proyecto preferido (consultar https://bioseguridadgalapagos.gob.ec/#)				
Subdirección Administrativa Financiera	Normativa y Prevención	Vigilancia y Calidad	Oficina Técnica de Quito	Oficina Técnica de Guayaquil
Financiero _____	Inspección y Cuarentena en Puertos _____	Vigilancia Fitosanitaria _____	Especifique : _____	Especifique: _____
Administrativo _____	Inspección y Cuarentena en Aeropuertos _____	Vigilancia Zoonositaria _____	Oficina Técnica de San Cristóbal	Oficina Técnica de Isabela
Talento Humano _____	Normativa	Calidad Técnica (Laboratorio) _____	Especifique: _____	Especifique: _____
Compras públicas _____	Inocuidad Alimentaria		Oficina Técnica de Floreana	
Planificación _____				
Tecnología de la información _____			Especifique: _____	
HABILIDADES PERSONALES (MARCA con una X)				
Primeros Auxilios		Manejo de audiovisuales		
Manejo de radios		Computación:		
Dibujo/diseño		Fotografía		
Permiso de Conducción		Facilitador		
FECHAS DE INTERÉS PARA REALIZAR EL VOLUNTARIADO DE ACUERDO A LA VACANTES DISPONIBLE				
DESDE:		HASTA:		
CONTACTOS EMERGENCIA				
Nombres				
teléfono				
Correo electrónico				
SALUD				
Posee alguna discapacidad		Especifique		
Posee alguna condición especial		Especifique		
OTROS				
Motivo por el que desea ser voluntario en Galápagos:				
Indique a partir de qué fecha y el período en el que estaría disponible:				
Nombre, dirección y correo electrónico de la persona que dará referencia acerca de usted:				