Formulario de aplicación, observador/a de paz

Enviar su solicitud a [rekrytering@krf.se](mailto:rekrytering@krf.se) a más tardar el 10 de septiembre.

**Datos personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Apellido: |
| Fecha de nacimiento: | Ciudadanía: |
| Dirección: | Ciudad y país: |
| No de celular: | Número de teléfono (trabajo): |
| Identidad de género: | Correo electrónico: |

Marca con una X el país o países de interés a donde quieres solicitar. Puedes aplicar a uno, dos o tres simultáneamente. Especifica si tienes un orden de preferencia:

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | México |
| ☐ | Guatemala |
| ☐ | Colombia |

*Tu preferencia* ***será tomada en cuenta****, pero aún si te ofrecemos un puesto* ***no es seguro que sea en el país que has marcado****. ¡Por favor considera también que no es posible trabajar con acompañamiento internacional en un país del cual eres cuidadano/a!*

*Si quieres trabajar en Colombia, puedes también indicar en cuál de nuestras dos oficinas (Bogotá y Quibdó) te gustaría, aunque a veces hay que cambiar de oficina durante la duración del contrato, si surge la necesidad.*

Hoja de vida

*Inserta* la hoja de vida resumiendo estudios, experiencia laboral o voluntaria, capacidad lingüística y otros méritos relevantes según la convocatoria.

|  |
| --- |
|  |

Motivación de su aplicación

Cuéntanos sobre ti y por qué quieres trabajar como observador/a de paz

|  |
| --- |
|  |

Situación familiar

¿Cómo es tu situación familiar? ¿Cómo manejarías un año lejos de tu familia o red cercana?

|  |
| --- |
|  |

Experiencia de trabajo en equipo y compartir vivienda

Describe un momento cuando has compartido vivienda con personas distintas a tu entorno familiar o cuando formaste parte de un equipo y donde hubo **dificultades de cooperación**. ¿Cómo manejaste la situación? ¿Qué papel jugaste en el grupo? ¿Qué aprendiste de la experiencia?

|  |
| --- |
|  |

Conocimiento del contexto

¿Has visitado alguno de los países del Programa, otra área en conflicto, u otro lugar en el Sur global? Si es así, ¿cuál fue la razón del viaje?

|  |
| --- |
|  |

Escribe un párrafo sobre tu entendimiento de la situación de defensores/as de derechos humanos en uno de los países del Programa.

|  |
| --- |
|  |

Comunicación y redes de difusión

¿Qué experiencia tienes de hablar en público? ¿Qué otras experiencias tienes sobre interlocución con autoridades, trabajo de incidencia y de comunicación?

|  |
| --- |
|  |

¿Qué redes tienes donde podrías difundir información sobre la situación de defensores y defensoras de derechos humanos y el trabajo de SweFOR durante y después del año como observador/a de paz? ¿Cómo podrías usar esas redes para visibilizar el trabajo de SweFOR?

|  |
| --- |
|  |

Declaración de salud

El trabajo como observador de paz implica condiciones físicas y psicológicas desafiantes. Por eso, una declaración de salud bien rellenada es parte importante de tu solicitud. La siguiente es una versión corta de la declaración de salud más amplia que se rellena en el momento de empleo y contratación de seguro.

¿Sufres, o has padecido algunos de los siguientes problemas de salud en **los últimos 5 años?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Enfermedad cardiovascular:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 11 | Diabetes:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 2 | Trastornos del sistema respiratorio, p.ej. asma:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 12 | Trastornos de la piel:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 3 | Trastornos alérgicos:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 13 | Enfermedad en los ojos o problemas de visión   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 4 | Trastornos en el hígado, bilis o páncreas:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 14 | Enfermedad o problemas auditivos:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 5 | Trastornos digestivos o intestinal :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 15 | Trastorno psicológico, p.ej. ansiedad, angustia, trastornos del sueño, depresión:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 6 | Trastorno en los riñones o la vejiga:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 16 | Malaria, tuberculosis u otra infección de larga duración:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 7 | Anemia, enfermedad en la sangre y/o trastorno del bazo o linfoma:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 17 | Otra enfermedad o trastorno no mencionado:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 8 | Trastorno en las articulaciones, músculos, esqueleto y/o tejido conectivo:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 18 | ¿Usa regularmente algún medicamento? ¿Cuál/cuáles?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 9 | Trastorno en el cerebro o sistema nervioso (p.ej. ataques epilépticos o migraña):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 19 | ¿Ha estado hospitalizado alguna vez durante los últimos cinco años?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |
| 10 | Enfermedad y/o trastorno conectado a la tiroides:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | | 20 | ¿Se considera en un estado de salud que le permite trabajar bajo las condiciones que este requiere?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ☐ | Sí | ☐ | No | |

Espacio para comentarios o información adicional:

|  |
| --- |
|  |

Referencias

Escribe tres referencias, por lo menos dos de tu experiencia laboral. Agradecemos si una de ellas ha sido tu jefe/a. No contactamos a las personas hasta después de una posible entrevista.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Referencia** | **Trabajo** | **Trabajo** | **Otro** |
| Nombre: |  |  |  |
| No de teléfono: |  |  |  |
| No de celular: |  |  |  |
| Correo electrónico: |  |  |  |
| Relación: |  |  |  |

Relación con SweFOR

¿Has estado involucrado en, o solicitado un puesto con SweFOR anteriormente? En caso afirmativo, ¿cuándo?

|  |
| --- |
|  |

¿Cómo te enteraste del puesto?

|  |
| --- |
|  |

Confirmación

Confirmo que los datos rellenados son correctos y completos.

Nombre:  
  
Fecha: