**CURRÍCULUM VITAE**

**VERSION PÚBLICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** | JOSÉ ALEJANDRO MUÑOZ AVENDAÑO |
| **NIVEL O PUESTO:** | SUPERVISOR |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | j.alejandromunoza@gmail.com |
| **TELÉFONO OFICIAL:** | **9511034425** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS CON DOCUMENTO COMPROBATORIO:** | MAESTRIA |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXPERIENCIA LABORAL TRES ÚLTIMOS EMPLEOS** | |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCION O EMPRESA:** | SPORT CITY |
| **CARGO O PUESTO DESEMPEÑADO:** | ENTRENADOR |
| **FECHA DE INICIO:** | SEPTIEMBRE/2015 |
| **FECHA DE TERMINO:** | ABRIL/2024 |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCION O EMPRESA:** |  |
| **CARGO O PUESTO DESEMPEÑADO:** |  |
| **FECHA DE INICIO:** |  |
| **FECHA DE TERMINO:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCION O EMPRESA:** |  |
| **CARGO O PUESTO DESEMPEÑADO:** |  |
| **FECHA DE INICIO:** |  |
| **FECHA DE TERMINO:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMACION: TRES ÚLTIMOS CURSOS** | |
| **NOMBRE DEL CURSO:** | NUTRICION PARA DEPORTISTAS |
| **INICIO:** | MAYO/2023 |
| **TERMINO:** | MAYO/2023 |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO:** | UNIVERSIDAD AUTONOMA BENITO JUAREZ DE OAXACA |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO:** | FARMACOLOGIA DEPORTIVA |
| **INICIO:** | ENERO/2023 |
| **TERMINO:** | ENERO/2023 |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO:** | UNIVERSIDAD AUTONOMA BENITO JUAREZ DE OAXACA |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO:** |  |
| **INICIO:** |  |
| **TERMINO:** |  |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO:** |  |