**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:**  |  |