**INDICACIONES**

**1. Preferentemente completar en computadora.**

**2. Consigne claramente los datos que se requieren.**

**3. Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda y consigne claramente los datos que se requieren.**

**4. Puede insertar filas si lo considera necesario.**

**5. Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda.**

**I. DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRE(S)** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **SEXO**  | **TALLA** **ESTATURA** | **ESTADO CIVIL** | **NÚMERO DE HIJOS** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DIRECCIÓN DOMICILIARIA ACTUAL** |
|  |
| **DISTRITO** | **PROVINCIA** | **DEPARTAMENTO** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO IDENTIDAD** | **NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD** | **RUC** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TELÉFONO FIJO**  | **TELÉFONO MÓVIL** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿POSEE REGISTRO DE CONADIS?**  | **DOCUMENTO QUE LO ACREDITA** | **TIPO DE DISCAPACIDAD** |
| SI [ ] NO [ ] |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **DOCUMENTO QUE LO ACREDITA** | **ARMA ESPECIFICA** |
| SI [ ] NO [ ] |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPORTISTA CALIFICADO DE ALTO RENDIMIENTO** | **DOCUMENTO QUE LO ACREDITA** | **NIVEL** |
| SI [ ] NO [ ] |  |  |

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**INDICACIONES**

**1. Preferentemente completar en computadora.**

**2. Consigne claramente los datos que se requieren.**

**3. Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda y consigne claramente los datos que se requieren.**

**4. Puede insertar filas si lo considera necesario.**

**II. FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIOS REALIZADOS** | **CONCLUIDOS (\*)** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **CERTIFICADO, GRADO ACADÉMICO, TÍTULO OBTENIDO** | **NRO. DE FOLIO** |
| **SI** | **NO** |
| PRIMARIOS |  |  |  |  |  |
| SECUNDARIOS |  |  |  |  |  |
| TÉCNICOS |  |  |  |  |  |
| UNIVERSITARIOS |  |  |  |  |  |
| POST GRADO |  |  |  |  |  |
| OTROS |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **COLEGIO PROFESIONAL (sólo profesionales)** |
|  |
| **NÚMERO DE COLEGIATURA** | **AÑO DE COLEGIATURA** | **HABILITADO (\*\*)** |
| SI | NO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**INDICACIONES**

**1. Preferentemente completar en computadora.**

**2. Consigne claramente los datos que se requieren.**

**3. Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda y consigne claramente los datos que se requieren.**

**4. Puede insertar filas si lo considera necesario.**

**III. EXPERIENCIA LABORAL**

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD Y/O INSTITUCIÓN** |
|  |
| **SECTOR (\*\*\*)** | **CARGO** | **TIEMPO DE SERVICIOS** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** | **NRO DE FOLIO** |
| **PUBLICO** | **PRIVADO** |  | **Años** | **Días** | **Meses** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **FUNCIONES PRINCIPALES** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD Y/O INSTITUCIÓN** |
|  |
| **SECTOR (\*\*\*)** | **CARGO** | **TIEMPO DE SERVICIOS** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** | **NRO DE FOLIO** |
| **PUBLICO** | **PRIVADO** |  | **Años** | **Días** | **Meses** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **FUNCIONES PRINCIPALES** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD Y/O INSTITUCIÓN** |
|  |
| **SECTOR (\*\*\*)** | **CARGO** | **TIEMPO DE SERVICIOS** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** | **NRO DE FOLIO** |
| **PUBLICO** | **PRIVADO** |  | **Años** | **Días** | **Meses** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **FUNCIONES PRINCIPALES** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**INDICACIONES**

**1. Preferentemente completar en computadora.**

**2. Consigne claramente los datos que se requieren.**

**3. Marque con una equis (X) en la casilla que corresponda y consigne claramente los datos que se requieren.**

**4. Puede insertar filas si lo considera necesario.**

**IV. CAPACITACIÓN Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **INSTITUCIÓN** | **INICIO (DD/MM/AA)** | **FIN** **(DD/MM/AA)** | **HORAS LECTIVAS** | **NRO. DE FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL POSTULANTE**