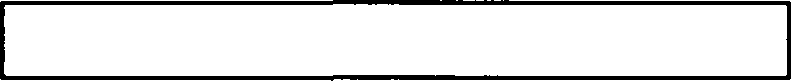
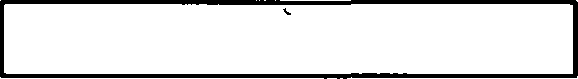
**ANEXO N° 02**

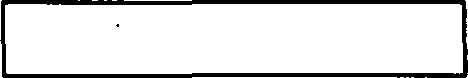
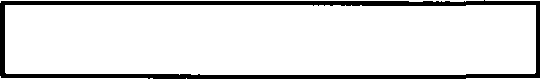
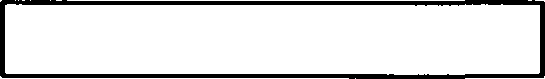
**FORMULARIO DE CURRÍCULUM VITAE**

N° DE CONVOCATORIA: 

I. DATOS PERSONALES:

Apellido Paterno Apellido Materno **Nombres**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

**NACIONALIDAD: ** ESTADO CIVIL:  DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

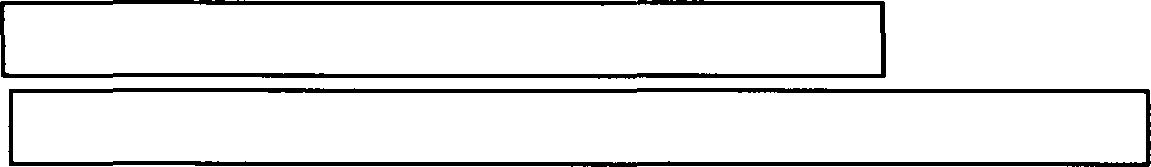
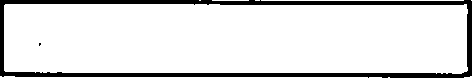
RUC:  N° BREVETE: (SI APLICA)

Lugar

día /mes /ano

DIRECCIÓN:

##### CIUDAD:



FIJO:

CELULAR:

'

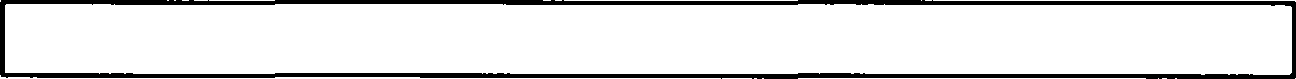
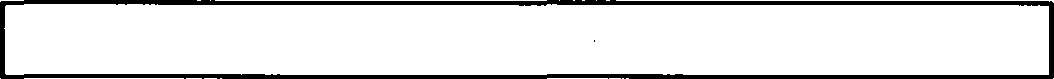
DISTRITO:

##### Avenida/Calle

N° **Dpto.**

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO:



APLICA)

COLEGIO PROFESIONAL: (SI

## REGISTRO N° : HABILITACIÓN: SI NO

LUGAR DEL REGISTRO: HASTA QUE FECHA ESTA HABILITADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A black and white rectangular object

Description automatically generatedSERUMS (Si APLICA) : SI | NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredita haber realizado el SERUM.

A black and white rectangular object

Description automatically generated

SECIGRA (SI APLICA) : SI NO

copia

QUINTIL N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, a de SECIGRA.

juntar copia simple de la constancia de egresado y el certificado

Il.

PERSONA CON DISCAPACIDAD:

El/la postulante es discapacitado/a:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS o el Certificado de Discapacidad otorgado por las instituciones que señala la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, en el cual se acredite su condición.

1. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:

El/la postulante es licenciado/a de las fuerzas armadas:

# Sl NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. DEPORTISTAS DE ALTO NIVEL:

El/la postulante es Deportista de Alto nivel:

SI  

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de deportista de alto nivel.

1. FORMACIÓN ACADÉMICA:

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel  alcanzado (1)Título (1) | Nombre de la Profesión/ Especialidad | Universidad, Instituto o Colegio | Ciudad  / País | Estudios Realizados  desde *I* hasta (mes/año) | Fecha de Extensión del  TítuIo(2) (DD/MM/aaaa) |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Título Universitario |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Egresado de Estudios  Universitarios |  |  |  |  |  |
| Titulo Técnico |  |  |  |  |  |
| Egresado de  Estudios Técnicos |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |

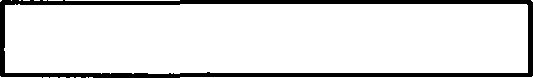
**Nota:**

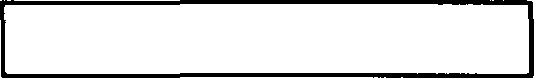
* 1. Dejar en blanco aquellos que no apliquen.
  2. Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO)

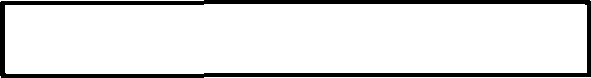
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

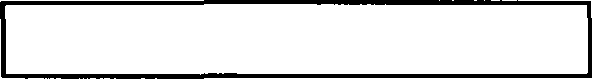
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otro Tipo de estudios | Nombre de la Especialidad o curso u otros | | Institución  /universidad o centro de estudios | Ciudad  / País | | **Estudios** Realizados desde / hasta mes / año (total horas) | | Fecha de **extensión** del título, constancia  0  certificado (mes/año (mes/año) | |
| Segunda  Especialización |  | |  |  | |  | |  | |
| Post-Grado o  Especialización |  | |  |  | |  | |  | |
| Post-Grado o  Especialización |  | |  |  | |  | |  | |
| Post-Grado o Especialización |  | |  |  | |  | |  | |
| Cursos y/o  capacitación | |  |  | |  | |  | |  |
| Cursos y/o  capacitación | |  |  | |  | |  | |  |
| Cursos y/o  capacitación | |  |  | |  | |  | |  |
| Cursos *ylo*  capacitación | |  |  | |  | |  | |  |
| Informática | |  |  | |  | |  | |  |
| Informática | |  |  | |  | |  | |  |
| Idiomas | |  |  | |  | |  | |  |
| Idiomas | |  |  | |  | |  | |  |

ESPECIFICAR IDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO:

Idioma 1: 

Nivel Idioma 1:

Idioma 2: 

Nivel Idioma 2:

1. EXPERIENCIA LABORAL YIO PROFESIONAL:

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nombre De La Entidad o **Empresa** | Cargo y Área/oficina | Fecha de inicio (día/mes/ año) | Fecha de culminación(día/mes/ año) | | | Tiempo (meses y años) | |
| 1 |  |  |  |  | | |  | |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otro( ) | | | | | | | | |
| N° | Nombre De La Entidad o **Empresa** | Cargo  y Área/oficina | Fecha de inicio (día/mes/ año) | Fecha de **culminación** (día/mes/ año) | | | Tiempo (meses y  años) |  |
| 2 |  |  |  |  | | |  | |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( | | | | | ), Otro( | ) | | |
| N° | Nombre de la entidad o empresa | Cargo  y Área/Oficina | Fecha de inicio (día/mes/ año) | Fecha de culminación (día/mes/ año) | | | Tiempo en el cargo  (años, meses ) | |
| 3 |  |  |  |  | | |  | |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( | | | | | ), Otro( | ) | | |
| N° | Nombre de la entidad o **empresa** | Cargo  y Área/Oficina | Fecha de inicio (día/mes/ año) | Fecha de **culminación** (día/mes/ año) | | | Tiempo en el cargo  (años, meses ) | |
| 4 |  |  |  |  | | |  | |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | | | | |

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y específica) | | Tiempo Total  (años, meses, dias) |
| Experiencia Laboral General | En el Sector Público: |  |
| En total (Sector Público y/o Privado) |  |
| Experiencia Laboral Específica | En el Sector Público: |  |
| En total (Sector Público y/o Privado) |  |

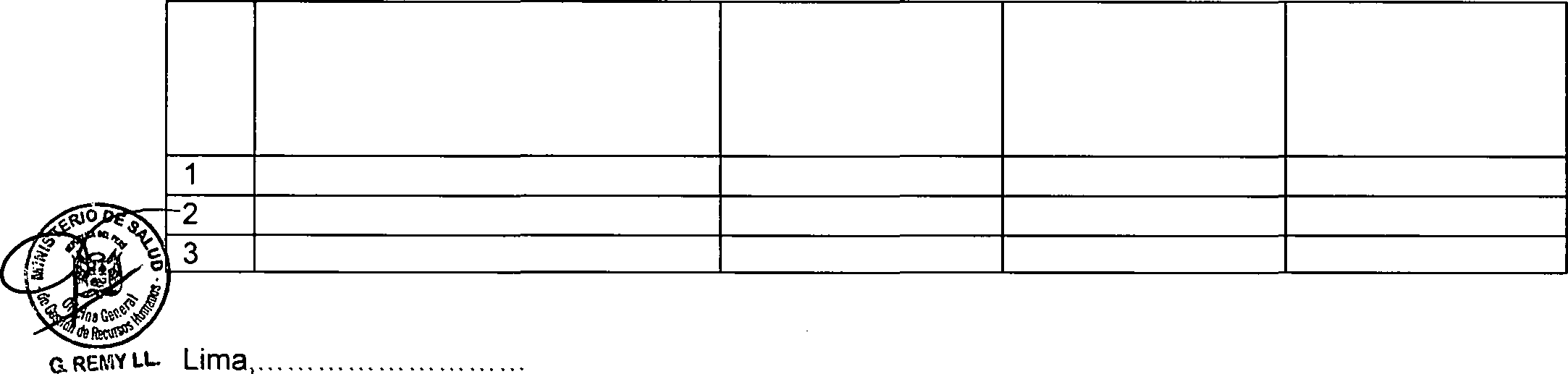
Nota: Considerar desde egresado y según el detalle de lo registrado en el detalle de la experiencia laboral y/o profesional. Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso CAS.

Marcar con un aspa según corresponda:

SI NO

VII.REFERENCIAS LABORALES

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.



Nombre de la entidad o

**empresa**

Cargo de la

**referencia**

Teléfono actual

Nombre de jefe inmediato o persona que **refiere**

N°

del 20

**Firma**