**ANEXO N° 03**

### **FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

#### **N° DE CONVOCATORIA:**

1. **DATOS PERSONALES**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Apellidos y nombres completos)

#### LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: ………………................................................ ……………………….…

Lugar Día/Mes/Año

Estado Civil: ………………………………………………… Nacionalidad: …………………………………………………………………….... Documento de Identidad: ………………………………………….. Ruc: ………………………………………………………………………. SISTEMA PENSIONARIO (SP) - marcar con un aspa (X) : O N P ( ) AFP ( )

Fecha de afiliación al sistema Pensionario: ……………/……………/……………

En caso de pertenecer al sistema Privado de Pensiones - AFP:

Nombre de la AFP: ……………………………………………..

Código Único de Identificación del Sistema Privado de Pensiones – CUSPP N°……………………………

N° de Brevete (si aplica) ……………………………………… Dirección: ………………………………………………………………………

Av./Calle/Jr.

……………………/……………………………………/………………………………………………………………………………………………………….

. Nro. Dpto. Urb.

Distrito: ………………………………………………………… Ciudad:…………………….………………………………………………………… Teléfono Fijo (opcional): ……………………………… Celular: ………………………………………………………………..……………… Correo Electrónico (en letras MAYÚSCULAS): …………………………..…………………………………..…

Colegio Profesional: ……………………………………………………

Registro N°: ………………………………………… Habilitación: SI ( ) NO ( )

SERUMS SI ( ) NO ( ) N° de Resolución de SERUMS: …………………………………………………

(si aplica adjuntar copia de acto resolutivo que acredite haber realizado el SERUMS)

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD (\*):** SI ( ) NO ( ) N° Registro ……………………

En caso que la opción marcada sea SI, se deberá adjuntar copia simple del documento

**Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

sustentatorio, emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad –

#### CONADIS.

1. **LICENCIADO DE LAS FF.AA. (\*):** SI ( ) NO ( )

En caso que la opción marcada sea SI, se deberá adjuntar copia simple del documento oficial que acredite dicha condición.

#### **DEPORTISTA DE ALTO NIVEL. (\*):** SI ( ) NO ( )

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.

#### **FORMACION ACADEMICA**

En el caso de Doctorado, Maestría, Especialización y/o Postgrados, referir solo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula. La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustentes lo informado** (copia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Título (2)(DD/MM/aaaa) |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Título Universitario |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Egresado deEstudios Universitarios |  |  |  |  |  |
| Título Técnico |  |  |  |  |  |
| Egresado de EstudiosTécnicos |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |

(Agregue más filas si fuera necesario)

Estudios Complementarios: Cursos de Especialización, Diplomados, Seminarios, Talleres, etc.

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)

**Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

**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 Ócertificado(mes/año (mes/año) |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos *ylo*capacitación |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**

**MARCAR CON UN ASPA DONDE CORRESPONDA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | NIVEL DE DOMINIO |
| IDIOMAS | BASICO | INTERMEDIO | AVANZADO |
| INGLES |  |  |  |
| OTROS……… |  |  |  |
| OTROS……… |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL**

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros lo siguiente: **LA EXPERIENCIA LABORAL Y/0 PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLOGICO, LA INFORMACION PROPORCIONA EN LOS CUADROS DEBERA SER RESPALDADA CON LOS RESPECTIVOS CERTIFICADOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | Cargoy 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 | Cargoy 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 | Cargoy 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, días) |
| 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


#### **REFERENCIAS PROFESIONALES**

En la presente sección el candidato(a) podrá detallar las referencias personales correspondientes a las tres últimas Instituciones donde estuvo trabajando.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nombre de la entidad o empresa | Cargo de la referencia | Nombre de Jefe Inmediato o persona que refiere | Teléfonoactual |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Firma del postulante DNI N° …………….……..……..