**Anexo N° 05**

FICHA DEL POSTULANTE

DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° DNI** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **GENERO** | |
|  |  | **M** | **F** |
| **DIRECCION** | | **DISTRITO** | |
|  | |  | |
| **PROVINCIA** | **DEPARTAMENTO** | **DIRECCIÓN** | |
|  |  |  | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **LUGAR DE NACIMIENTO** | **CORREO ELECTRONICO PERSONAL** | |
|  |  |  | |
| **TELÉFONO DOMICILIO** | **TELÉFONO CELULAR** | **RUC** | |
|  |  |  | |

**FORMACION ACADEMICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GRADO ACADÉMICO**  **OBTENIDO** | **CARRERA O PROGRAMA** | **NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS** | **AÑO** | |
| **DESDE** | **HASTA** |
| Primaria |  |  |  |  | |
| Secundaria |  |  |  |  | |
| Técnica Básica (1 a 2 años) |  |  |  |  | |
| Técnica Superior (3 a 4 años) |  |  |  |  | |
| Universitario |  |  |  |  | |
| Maestría |  |  |  |  | |
| Doctorado |  |  |  |  | |
| Otros (segunda carrera/ maestría, |  |  |  |  | |

**COLEGIATURA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Colegio Profesional |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número de Colegiatura |  |

|  |
| --- |
| Condición a la fecha |

Habilitado

Inhabilitado

**IDIOMAS Y/O DIALECTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Idioma / dialecto** | **(Marque con una “x” el nivel**  **alcanzado)** | | |
| **Básico** | **Intermedio** | **Avanzado** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OFIMÁTICA (procesador de textos, hojas de cálculo, programas de presentaciones, otros):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Conocimiento** | **(Marque con una “x” el nivel**  **alcanzado)** | | | |
| **Básico** | | **Intermedio** | **Avanzado** |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

**OTROS ESTUDIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIPLOMADOS – CURSOS ESPECIALIZACIÓN** | **NIVEL OBTENIDO** | **TOTAL, DE HORAS DE CAPACITACIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**EXPERIENCIA LABORAL GENERAL (llenar desde el ultimo trabajo o trabajo actual)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE ENTIDAD /NOMBRE EMPRESA** | **PUESTO / CARGO** | **FUNCIONES PRINCIPALES** | | **PERIODO**  **(EN AÑOS)** | **PERIODO**  **(EN MESES)** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL** | | |  | |  |

**EXPERIENCIA LABORAL ESPECIFICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE ENTIDAD /NOMBRE EMPRESA** | **PUESTO / CARGO** | **FUNCIONES PRINCIPALES** | | **PERIODO**  **(EN AÑOS)** | **PERIODO**  **(EN MESES)** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL** | | |  | |  |

**BONIFICACION POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

**(Marque con una “x” la respuesta)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI** | **NO** |
| ¿Usted es una persona Licenciada de las Fuerzas Armadas y cuenta con la certificación correspondiente? |  |  |

**BONIFICACION POR DISCAPACIDAD**

**(Marque con una “x” la respuesta)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI** | **NO** |
| ¿Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente?  Indique la discapacidad |  |  |
|  | | |

**BONIFICACION POR SER DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO**

**(Marque con una “x” la respuesta)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO** | **SI** | **NO** |
| ¿Usted es un deportista de alto rendimiento y cuenta con la documentación correspondiente? |  |  |

**OTROS DATOS:**

**Actualmente se encuentra trabajando en MDSJM? SI ( ) NO ( )**

**Ha trabajado anteriormente en MDSJM? SI ( ) NO ( )**

**Tiene algún familiar laborando en la MDSJM? SI ( ) NO ( )**

|  |
| --- |
|  |

**Licencia de Conducir**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**PROCESO DE POSTULACIÓN**

Indique el proceso al que va a postular:

|  |
| --- |
| Disponibilidad para trabajar al interior del país  **SI ( ) NO ( )** |

Declaro que la información proporcionada es verdadera y podrá ser verificada por la entidad.

Fecha: ……./……../….....

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

Firma del Postulante