**ANEXO Nº 01**

**FORMATO UNICO DE POSTULACIÓN - PRACTICANTES**

**PRACTICANTE POSTULANTE AL AREA DE: …………………………………..**

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  |
| Nacionalidad |   |
| Fecha Nacimiento: dd/mm/aaaa |   |
| Lugar de Nacimiento: Dpto. /Prov. /Distrito |   |
| Número de DNI o Carné de Extranjería |   |
| Estado Civil |   |
| Domicilio Actual |   |
| Dpto. /Prov. / Distrito |   |
| N° de teléfonos fijo y móvil **(\*)** |   |
| Correo electrónico **(\*)** |   |
| N° de Proceso y cargo al que postula |  |

**(\*)** Consigne correctamente su número telefónico y dirección electrónica, pues en el caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para la respectiva comunicación.

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE FORMACIÓN** | **ESPECIALIDAD** | **UNIVERSIDAD/ CENTRO DE ESTUDIOS** | **CICLO** **ACTUALMENTE CURSANDO**  | **N° FOLIO\***  |
|
| **ESTUDIANTE O EGRESADO**  |  |  |  |  |

1. **CONOCIMIENTOS DE INFORMÁTICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **PROGRAMAS ESTUDIADOS** | **CENTRO DE ESTUDIOS O MEDIO OBTENIDO** | **NIVEL ALCANZADO(\*)** | **N° FOLIO\*** |
| (\*)Básico, Intermedio o Avanzado |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

\*Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite sus cursos.

1. **CONOCIMIENTOS DE IDIOMAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **IDIOMA Y/O LENGUA NATIVA** | **CENTRO DE ESTUDIOS O MEDIO OBTENIDO** | **NIVEL ALCANZADO(\*)** | **N° FOLIO\*** |
| (\*)Básico, Intermedio o Avanzado |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |

\*Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite sus cursos.

1. **EXPERIENCIA LABORAL GENERAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** | **FECHA INICIO (DIA/MES/AÑO)** | **FECHA FIN (DIA/MES/AÑO)** | **TIEMPO TOTAL** | **REMUNERACIÓN MENSUAL** | **MOTIVO DE CESE** | **N° DE FOLIO\*** |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |  |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

**\***Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general.

|  |  |
| --- | --- |
|  **TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL GENERAL** |  **(XX AÑOS / XX MESES)** |

1. **REFERENCIAS LABORALES\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA DONDE PRESTÓ SERVICIOS** | **NOMBRE COMPLETO DEL SUPERIOR INMEDIATO** | **CARGO DE SU SUPERIOR INMEDIATO** | **TELEFONO DEL SUPERIOR INMEDIATO** |
|
| 1 |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |  |
| 3 |   |   |   |  |

**\***Registre como mínimo las referencias **de sus tres últimos empleos**, de preferencia las experiencias relacionadas al puesto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI**N° de folio\* | **NO** |
| Soy Licenciado de las Fuerzas Armadas y cuento con la Certificación y/o documentación correspondiente. |   |   |
| \*Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite lo declarado. |  |  |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI**N° de folio\* | **NO** |
| Soy una persona con Discapacidad, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la Ley N° 27050, CONADIS. |   |   |

\*Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite lo declarado.

**Declaro que la información y documentos proporcionados son veraces y exactos, motivo por el cual rubrico la copia de cada uno de ellos y autorizo su investigación. En caso de detectarse que se ha omitido, ocultado o consignado información falsa me someto a las acciones administrativas, legales y penales que correspondan.**

Lima,………… de………………… del 201…….

………………..……………………

**Firma del Postulante**

DNI Nº……………….