**FORMATO 1**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Señor:  
Presidente de la Comisión Evaluadora para el Proceso de Concurso Público de Contratación de Personal en la Modalidad de CAS para el Año Fiscal 2016 en la sede institucional.

Yo, …………………………………………………………………………., identificado con DNI N° ………………………

con domicilio en …………………………………………………………….., distrito de ……………………………….......

Provincia de ………………………………………………........., departamento de ……………………………………….

Mediante la presente solicito se me considere para participar en el Proceso de Concurso Público de Contratación de Personal en la Modalidad de Contrato Administrativo de Servicios – CAS en el marco de la “Jornada Escolar Completa” del nivel de educación secundaria.

**Programa de intervención a la que postula:** ……………………………………………………………………

**Nombre del puesto:** …………………………………………………………………………

**Nombre de la I.E. a la que postula:** ………………………………………..

**N° de Folios:** ………………………

Para lo cual me someto a los lineamientos establecidos en las bases del presente proceso.

Adjunto al presente mi expediente contenido en un folder manila.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,

Jaén, ……. de …………………… del 2016

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos:

DNI N°:

**FORMATO Nº 02**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

**I. DATOS PERSONALES:**

**/ / /**

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

/ /

Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL:**

**NACIONALIDAD**:

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente)**: DNI PASAPORTE Nº \_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC Nº**

**DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):**

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

Avenida/Calle/Jirón Nº Dpto. / Int.

**URBANIZACIÓN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISTRITO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVINCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CELULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COLEGIO PROFESIONAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO N°**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ NO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad, adjuntar fotocopia autenticada de resolución o carnet de discapacidad.

**LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SÍ NO**

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

1. **ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia autenticada).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO O GRADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
| **(Mes / Año)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **FECHA**  **INICIO** | **FECHA**  **FIN** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SOLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

1. **Experiencia laboral General mínima de \_\_\_ años/meses** (comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| * Actividades realizadas | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| * Actividades realizadas | | | | | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| * Actividades realizadas | | | | | | |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **Experiencia en el área o afines \_\_\_\_\_\_\_ años/meses** (comenzar por la más reciente).Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | Nombre de la Entidad o Empresa | Cargo desempeñado | Fecha de Inicio (mes/año) | Fecha de culminación (mes/año) | Tiempo en el cargo | Nº FOLIO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| * **Actividades realizadas** | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

**En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.**

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

**DNI:**

**FECHA: / /**

Huella Digital

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma**

**FORMATO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Por la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD (\*)

|  |
| --- |
|  |

Lugar y fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella Digital

---------------------------

Firma

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **“Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD”**. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad

**FORMATO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado/a con DNI Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

|  |
| --- |
|  |

Lugar y fecha, / /

Huella Digital

---------------------------

Firma

**FORMATO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(D.S. N° 034-2005-PCM - NEPOTISMO)**

Conste por el presente que el (la) señor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado (a) con D.N.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el Distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE:**

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO ISOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), DE NOMBRE (S)

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

Quien (es) laboran en la Sede de la UGEL - JAEN, con el (los) cargo (s):

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE I HERMANO I HIJO I TIO ISOBRINO I PRIMO I NIETO I SUEGRO I CUÑADO), que laboren en la sede de la UGEL JAEN.

Lugar y fecha, / /

|  |
| --- |
|  |

---------------------------

Firma

Huella Digital

**FORMATO Nº 06**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que:

* No registro antecedentes policiales.
* No registro antecedentes penales.
* Gozo de buena salud.

Lugar y fecha, / /

|  |
| --- |
|  |

Huella Digital

---------------------------

Firma