

CONVOCATORIA CAS N° 001 - 2012 - OSCE

FORMATO DE CURRÍCULUM VITAE

**IMPORTANTE**

La información consignada en el presente formato tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es el responsable de la veracidad de la información que presenta.

**I. DATOS PERSONALES**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>APELLIDO PATERNO</b>   |  |
| <b>APELLIDO MATERNO</b>   |  |
| <b>NOMBRES</b>            |  |
| <b>DNI / C.E.</b>         |  |
| <b>RUC</b>                |  |
| <b>ESTADO CIVIL</b>       |  |
| <b>DIRECCIÓN</b>          |  |
| <b>TELEFONO/CELULAR</b>   |  |
| <b>CORREO ELECTRONICO</b> |  |

**II. DATOS ACADÉMICOS**

| <b>NOMBRE DE LA PROFESIÓN O ESTUDIO POST GRADO</b> | <b>ESPECIALIDAD</b> | <b>NIVEL DE ESTUDIOS OBTENIDO (Egresado, Bachiller, Titulado, Master)</b> | <b>INSTITUCIÓN / UNIVERSIDAD</b> | <b>PERIODO</b> |
|--|---------------------|---|----------------------------------|----------------|
|  |                     |   |                                  |                |
|  |                     |   |                                  |                |
|  |                     |   |                                  |                |

(\*) Dejar en blanco para aquellos que no aplique.

(\*\*) Si no tiene título, especificar si: Está en trámite, es egresado, estudio en curso.

**III. EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL**

(Detalle los trabajos que sustenten los requisitos mínimos, ordenado del más reciente hasta el más antiguo)

| INSTITUCIÓN | ACTIVIDAD O FUNCIÓN DESEMPEÑADA <sup>1</sup> | PERIODO (EN AÑOS) |
|-------------|--|-------------------|
|             |  |                   |
|             |  |                   |
|             |  |                   |
|             |  |                   |

<sup>1</sup> Describa brevemente la principal actividad o función realizada que acredite el cumplimiento del requisito.

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

**IV. BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

(Marque con un "x" la respuesta. De ser afirmativo, adjuntar documento de sustento)

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

**V. BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD**

(Marque con un "x" la respuesta. De ser afirmativo, adjuntar documento de sustento)

| PERSONA CON DISCAPACIDAD   | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente? |    |    |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |