**ANEXO N°13**

**FORMATO DE FICHA DE DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DATOS PERSONALES** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** |  | | | | | | |
| **NACIONALIDAD** |  | | | | | | |
| **FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: DPTO./PROV./DISTRITO** |  | | | | | | |
| **NRO DE RUC ACTIVO** |  | | | | | | |
| **NUMERO DE DNI O CARNET DE EXTRANJERIA** |  | | | | | | |
| **ESTADO CIVIL** |  | | | | | | |
| **DIRECCION ACTUAL** |  | | | | | | |
| **DPTO./PROV./DISTRITO** |  | | | | | | |
| **N° DE TELEFÓNO FIJO / MÓVIL (\*)** |  | | | | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO (\*)** |  | | | | | | |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD/TIPO DE DICAPACIDAD (SI/NO)** |  | | | | | | |
| **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS (SI/NO)** |  | | | | | | |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONDICIÓN (estudiante/egresado)** | **CENTROS DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** |
|
|  |  |  |
|
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CURSO Y/O PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD/MATERIA** | **HORAS** | **FECHA DE EMISIÓN CERTIFICADO** |
|
|  |  |  |  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conocimientos Técnicos de Ofimática e idiomas y/o dialectos** | **Descripción** | **Nivel de Dominio** |
|
|  |  |  |
|
|  |  |  |
|

**Prácticas Preprofesionales, Profesional, SERUMS y SECIGRA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sector** | **Empresa o Institución** | **Modalidad** | **Materia/Area** | **Desde** | **Hasta** |
|
|  |  |  |  |  |  |
|

**SECCIÓN III. EXPERIENCIA LABORAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sector** | **Empresa o Institución** | **Área o Unidad Orgánica** | **Cargo o Puesto** | **Desde** | **Hasta** |
|
|  |  |  |  |  |  |
|

**SECCIÓN IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

**Composición Familiar**

**Consignar información de sus familiares en el siguiente orden: Cónyuge, hijos, padres**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **DNI** | **PARENTESCO** |
| **CARGA FAMILIAR (SI/NO)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|

**DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** | | **TELÉFONO** | | **PARENTESCO** | |
|
|
|  | |  | |  | |
|

**CUENTA BANCARIA**

**Únicamente en los siguientes Bancos: Banco de la Nación y Banco Interbank**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTIDAD BANCARIA** | **N° DE CUENTA BANCARIA** | **N° DE CUENTA INTERBANCARIA** |
|
|  |  |  |
|

**Deseo voluntariamente afiliarme a un sistema de pensiones**

|  |  |
| --- | --- |
| **SI** |  |
| **NO** |  |

**Si la respuesta es SI detallarla:**

**…………………………………………..**

**Cuento con las dosis completas del sistema de vacunación**

|  |  |
| --- | --- |
| **SI** |  |
| **NO** |  |

**Cuento con alguna condición de comorbilidad y/o vulnerabilidad**

|  |  |
| --- | --- |
| **SI** |  |
| **NO** |  |

**Si la respuesta es SI detallarla:**

**…………………………………………..**

En fe de cual firmo:

………………………………………………

FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRES ………………………………….

DNI/CE: ………………………………