

**FICHA DE INSCRIPCION / DECLARACION JURADA**  
**(FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE)**  
**CONVOCATORIA CAS N° - 2017- SERNANP**

<b>CODIGO AL QUE POSTULA</b>	
------------------------------	--

**1. DATOS PERSONALES**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

LUGAR DE NACIMIENTO				FECHA DE NACIMIENTO		
PAIS	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	DISTRITO	(DÍA)	(MES)	(AÑO)

SEXO (*)		DOCUMENTOS			
F	M	ESTADO CIVIL	TIPO DE DOCUMENTO (*)		NUMERO DE DNI O CARNÉ DE EXTRANJERIA
			DNI	CARNÉ DE EXTRANJERÍA	

LICENCIA DE CONDUCIR (*)		N° BREVETE	CATEGORÍA DE BREVETE	N° RUC	(***) ES APORTANTE DE :			
SI	NO				NINGUNA (*)	ONP (*)	AFP (*)	INDICAR A QUE AFP REALIZA SU APORTE

DOMICILIO ACTUAL				
DIRECCIÓN	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	DISTRITO	N°/ LT/MZ

NUMERO DE TELEFONO (**)		CORREO ELECTRONICO
FIJO:	CELULAR:	

(\*) Seleccionar con un aspa **X** según corresponda.

(\*\*) Indicar el Código de la Ciudad.

(\*\*\*) La Ley 29903 señala que vencido el plazo de 10 días, sin que el colaborador haya hecho su elección, el empleador le requerirá afiliarse a una AFP. Dicha afiliación se hará con la AFP que cobre menor comisión por administración.

Firma del postulante

**2. FORMACIÓN EDUCATIVA:**

(Señale el grado académico o nivel de estudios máximo obtenido)

ESTUDIOS PRIMARIOS COMPLETOS		ESTUDIOS SECUNDARIOS COMPLETOS		OTROS
SI	NO	SI	NO	ESPECIFICAR

ESTUDIOS TECNICOS (de ser el caso)						
SI	NO	De marcar la opción "SI" debe completar la siguiente información:				
		NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	GRADO ACADÉMICO (*)	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	TOTAL DE MESES O AÑOS DE ESTUDIO	FECHA EN QUE EGRESO DE ESTUDIOS TECNICOS

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS (de ser el caso)						
SI	NO	De marcar la opción "SI" debe completar la siguiente información:				
		NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD	GRADO ACADÉMICO (**)	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	TOTAL DE AÑOS DE ESTUDIO	FECHA EN QUE EGRESO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

MAESTRIA Y/O DOCTORADO (de ser el caso)							
MAESTRIA		De marcar la opción "SI" debe completar la siguiente información:		DOCTORADO		De marcar la opción "SI" debe completar la siguiente información:	
SI	NO	ESPECIALIDAD	GRADO (***)	SI	NO	ESPECIALIDAD	GRADO (***)

SELECCIONAR DE CORRESPONDER				
COLEGIADO			HABILITADO	
SI	NO	N° DE COLEGIATURA	SI	NO

(\*) Estudios en curso, estudios incompleto, egresado, titulado.

(\*\* ) Estudios en curso, estudios incompleto, egresado, bachiller, titulado.

(\*\*\*) Estudios en curso, estudios incompleto, egresado, magister, doctor.

Firma del postulante

### 3. CAPACITACION OBLIGATORIA REQUERIDA :

(De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria)

TIPO DE CAPACITACION (*)	DENOMINACION DE LA CAPACITACION	INSTITUCION	TOTAL DE HORAS	FECHA DE CAPACITACION

(\*) En tipo de capacitación señalar si se trata de diplomado, especialización, curso, taller, conferencia, seminario u otros.

### 4. CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS E IDIOMAS:

(De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria)

PROGRAMAS	BASICO (*)	INTERMEDIO (*)	AVANZADO (*)
WORD			
EXCEL			
POWER POINT			
OTROS (ESPECIFIQUE)			

IDIOMAS	BASICO (*)	INTERMEDIO (*)	AVANZADO (*)
INGLES			
FRANCES			
ITALIANO			
OTROS (ESPECIFIQUE)			

(\*) Seleccionar con un aspa X según corresponda.

Firma del postulante

**5. CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS:**

(De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria)

CONOCIMIENTOS	
1)	3)
2)	4)

**6. EXPERIENCIA LABORAL GENERAL Y ESPECIFICA:**

(De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria)

NOMBRE DE LA ENTIDAD:			
Área:	Sector Publico (*)		Sector Privado (*)
Cargo:	Tiempo de servicios:		
Inicio: (mes y año):        /        /	Fin: (mes y año):        /        /		
Funciones principales:			
Motivo de Cese:			

NOMBRE DE LA ENTIDAD:			
Área:	Sector Publico (*)		Sector Privado (*)
Cargo:	Tiempo de servicios:		
Inicio: (mes y año):        /        /	Fin: (mes y año):        /        /		
Funciones principales:			
Motivo de Cese:			

Firma del postulante

<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>			
<b>Área:</b>	<b>Sector Publico (*)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sector Privado (*)</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Tiempo de servicios:</b>		
<b>Inicio: (mes y año):</b> /        /	<b>Fin: (mes y año):</b> /        /		
<b>Funciones principales:</b>			
<b>Motivo de Cese:</b>			

<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>			
<b>Área:</b>	<b>Sector Publico (*)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sector Privado (*)</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Tiempo de servicios:</b>		
<b>Inicio: (mes y año):</b> /        /	<b>Fin: (mes y año):</b> /        /		
<b>Funciones principales:</b>			
<b>Motivo de Cese:</b>			

<b>NOMBRE DE LA ENTIDAD:</b>			
<b>Área:</b>	<b>Sector Publico (*)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sector Privado (*)</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Tiempo de servicios:</b>		
<b>Inicio: (mes y año):</b> /        /	<b>Fin: (mes y año):</b> /        /		
<b>Funciones principales:</b>			
<b>Motivo de Cese:</b>			

(\*) Seleccionar con un aspa X según corresponda.

Firma del postulante

**DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:**

a.	En aplicación a lo establecido por el artículo 48° de la Ley N° 29973, Ley General de Personas con Discapacidad, responder si <b>¿Tiene algún tipo de discapacidad? (*)</b>	( ) SI	( ) NO
b.	<b>¿Declara ser licenciado de las fuerzas armadas? (*)</b>	( ) SI	( ) NO

(\*) De marcar la opción "SI" debe adjuntar con esta Declaración Jurada el documento que acredite tal condición.

c.	¿Declara contar con antecedentes penales, policiales y/o judiciales?	( ) SI	( ) NO
d.	¿Declara encontrarse inscrito en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido -RNSDD?	( ) SI	( ) NO
e.	¿Declara encontrarse dentro del Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM?	( ) SI	( ) NO
f.	¿Declara no estar inhabilitado administrativamente ni judicialmente para ejercer función pública?	( ) SI	( ) NO
g.	¿Declara estar inhabilitado administrativa o judicialmente para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública?	( ) SI	( ) NO
h.	¿Declara conocer las prohibiciones e incompatibilidades dispuestas en el Decreto Supremo N° 019-02-PCM y no se encontrarse incurso en los impedimentos que esta disposición señala?	( ) SI	( ) NO
i.	¿Declara no estar impedido de ser postor o contratista, expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia?	( ) SI	( ) NO
j.	¿Declara no sufrir de enfermedad o incapacidad física o mental no susceptible de rehabilitación que impida el desempeño en el cargo al momento de la contratación?	( ) SI	( ) NO
k.	¿Declara no percibir ingreso alguno del Estado? Están exceptuados de esta prohibición cuando la contraprestación que se perciba provenga de actividad docente o por ser miembro únicamente de Un órgano colegiado.	( ) SI	( ) NO
m.	¿ Declara no poseer sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por algunos de los delitos previstos en los artículos 382°, 283°, 384°, 387°, 388°, 389°, 393°, 393°-A, 394°, 395°, 396°, 397°, 397-A, 398°, 399°, 400° y 401° del Código Penal, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1295?	( ) SI	( ) NO
n.	¿ Declara no estar incurso en el término e impedimento para reingresar a cualquier organismo del Estado, por haber sido destituido (cinco años) o haber cesado con incentivos en programas de Renuncias Voluntarias (cinco años)?	( ) SI	( ) NO

o.	¿Cumple con las condiciones para el servicio según lo publicado en el aviso de convocatoria?	( ) SI	( ) NO
p.	¿Posee disponibilidad inmediata?	( ) SI	( ) NO
q.	¿Tiene disponibilidad para viajar al interior del país?	( ) SI	( ) NO

Firmo la presente **DECLARACION JURADA** en señal de conformidad y de cumplimiento con **TODOS** los requisitos solicitados en la presente convocatoria así como declaro contar con la acreditación correspondiente a dichos requisitos y **ACEPTO** que en caso se detecte que he omitido, ocultado o consignado información falsa, el Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado – SERNANP procederá con las acciones administrativas y/o penales que correspondan.

.....de ..... del.....

FIRMA: .....

DNI: .....