ANEXO Nº 1

**CARTA DE POSTULACIÓN**

**CONVOCATORIA CAS N° - 20 - SANIPES**

**CARTA DE POSTULACIÓN**

Señores

**ORGANISMO NACIONAL DE SANIDAD PESQUERA - SANIPES**

PRESENTE.-

Yo,…………………..….…….……………………………………………………………………..………… identificado(a) con DNI N.º………….…………….., mediante la presente le solicito se me considere para participar en el Concurso Público de CAS N.º ………………………………., convocado por el Organismo Nacional de Sanidad Pesquera, a fin de acceder al puesto cuya denominación es ......................................……………………………………

Para lo cual, adjunto los siguientes documentos debidamente firmado y foliado, en el siguiente orden:

1. Carta de Postulación.
2. Copia de Documento Nacional de Identidad - DNI
3. Formato de Hoja de Vida
4. Modelo de Índice
5. Currículum Vitae descriptivo y copia simple de los documentos sustentatorios**,** ordenado de acuerdo a lo señalado en el literal e) numeral 1 del artículo IX de las bases.
6. Declaración Jurada del Postulante
7. Copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las Fuerzas Armadas, de ser el caso.
8. Copia simple del documento del carnet de discapacidad y/o resolución emitida por el CONADIS, de ser el caso.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Lima,…… de …………………………… del 20……

**…………………………………**

**FIRMA**

**DNI:**

**ANEXO N° 2**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE**

**CONVOCATORIA CAS N° - 20 - SANIPES**

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVICIO AL QUE POSTULA** |   |
| **SEDE A LA QUE POSTULA (de ser el caso)** |  |

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |
| **EDAD** | **ESTADO CIVIL** | ***LUGAR DE NACIMIENTO*** | ***FECHA DE NACIMIENTO*** |
|  |  | **DEPARTAMENTO / PROVINCIA** | ***DISTRITO*** | ***(DÏA)*** | ***(MES)*** | ***(Año)*** |
|  |  |  |  |  |  |
| **SEXO** | **DOCUMENTOS** |
| **F** | **M** | **N° DNI** | **N° RUC** | **N° BREVETE** | **CATEGORÍA DE BREVETE** |
|  |  |  |  |  |  |
| **DOMICILIO ACTUAL** |
| **DIRECCIÓN** | **DPTO** | **PROVINCIA** | **DISTRITO** | **N°/ LT/MZ** |
|  |  |  |  |  |
| **TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO** |
| **FIJO** | **CELULAR** | **DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO** |
|  |  |  |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA UNIVERSITARIA Y/O TÉCNICA** (Señale la especialidad y el nivel académico maximo que haya obtenido)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **GRADO ACADÉMICO** | **PROFESIÓN O ESPECIALIDAD** | **MES /AÑO** | **AÑOS DE ESTUDIO** |
| **DESDE** | **HASTA** |
| **FORMACIÓN UNIVERSITARIA** |  |  |  |  |  |  |
| **FORMACIÓN TÉCNICA** |  |  |  |  |  |  |
| **MAESTRÍA** |  |  |  |  |  |  |
| **SEGUNDA CARRERA** |  |  |  |  |  |  |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |  |
| **OTROS ESTUDIOS (SECUNDARIOS, ETC)** |  |  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN RESPECTO A COLEGIATURA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COLEGIO PROFESIONAL** | **NRO. COLEGIATURA** | **CONDICIÓN****A LA FECHA** (1) |
|  |  |  |

1. Habilitado o No Habilitado
2. **CAPACITACIÓN** **OBLIGATORIA REQUERIDA** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INICIO****(MES- AÑO)** | **FIN****(MES-AÑO)** | **CURSO /EVENTO** | **INSTITUCIÓN** | **HORAS LECTIVAS** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS:** De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria, siendo de carácter referencial.

|  |
| --- |
| **CONOCIMIENTO** |
|  |
|  |

1. **ESTUDIOS INFORMATICOS:** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONOCIMIENTOS** | **BASICO** | **INTERMEDIO** | **AVANZADO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ESTUDIOS DE IDIOMAS :** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONOCIMIENTOS** | **BASICO** | **INTERMEDIO** | **AVANZADO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL:** De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (\*).

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD:**  |
| **Área:** |
| **Cargo:**  | **Tiempo de servicios:** |
| **Funciones principales:** | **Inicio: (mes y año): / /** |
| **Fin: (mes y año): / /** |
| **Modalidad de contratación:** |
| **Motivo de Retiro:** | **Remuneración o****Retribución: S/.** |
| **Nombre y cargo del Jefe Directo:** | **Teléfono Oficina:** |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD:** |
| **Área:** |
| **Cargo:** | **Tiempo de servicios:** |
| **Funciones principales:** | **Inicio: (mes y año): / /** |
| **Fin: (mes y año): / /** |
| **Modalidad de contratación:** |
| **Motivo de Retiro:** | **Remuneración o****Retribución: S/.** |
| **Nombre y cargo del Jefe Directo:** | **Teléfono Oficina:** |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD:** |
| **Área:** |
| **Cargo:** | **Tiempo de servicios:** |
| **Funciones principales:** | **Inicio: (mes y año): / /** |
| **Fin: (mes y año): / /** |
| **Modalidad de contratación:** |
| **Motivo de Retiro:** | **Remuneración o****Retribución: S/.** |
| **Nombre y cargo del Jefe Directo:** | **Teléfono Oficina:**  |

**\*Agregue más cuadros de ser necesario acreditar el periodo de experiencia laboral requerido en el perfil.**

1. **REFERENCIAS LABORALES:**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las dos últimas instituciones donde estuvo trabajando

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DE LA REFERENCIA** | **NOMBRE DE LA PERSONA** | **TELÉFONO ACTUAL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DATOS ADICIONALES:**

|  |
| --- |
| **¿Declara su voluntad de postular en ésta convocatoria de manera transparente y de acuerdo a las condiciones señaladas por la Institución?** ( ) NO ( ) SI |
| **¿Declara tener hábiles sus derechos civiles y laborales?**  ( ) NO ( ) SI |

|  |
| --- |
| **En aplicación a lo establecido por el artículo 48º de la Ley N.º 29973, Ley General de Personas con Discapacidad, responder si ¿Tiene algún tipo de discapacidad?:** ( ) NO ( ) SI (\*)   |
| (\*) De ser positiva su respuesta, *señale el tipo de discapacidad y registre el número de folio*:  |
| **Tipo: Folio**: |

|  |
| --- |
| **Indique si es Licenciado de las Fuerzas Armadas.**  ( ) NO ( ) SI (\*)   |
| (\*) De ser positiva su respuesta, señale***el número de folio***:  |

Declaro bajo juramento que la información consignada en el presente documento es verdadera, sometiéndome al proceso de fiscalización posterior.

|  |
| --- |
| **Fecha** |
|  |  |  |

 **FIRMA**

**ANEXO Nº 3**

**FORMATO DE INDICE**

**MODELO DE INDICE**

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITO MINIMO PERFIL****(Detallar según los requisitos del puesto que postula)** | **UBICACION DEL DOCUMENTO (FOLIO) QUE ACREDITA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS (\*)** |
|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Nota:

(\*) El postulante deberá precisar el(los) número(s) de folio(s) de su propuesta donde se encuentra cada uno de los requisitos mínimos de carácter obligatorio .

Lima,… de…………………………… del 20….

**…………………………………………..**

**FIRMA**

**DNI:**

**ANEXO Nº 4**

**DECLARACION JURADA DEL POSTULANTE**

**DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE**

El (La) que suscribe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, postulante a la Convocatoria N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Organismo Nacional de Sanidad Pesquera, declaro bajo juramento que:

* Sobre el **Impedimento de Contratar en caso de Parentesco** en aplicación del Art. 1º de la Ley N° 26771 modificado por Ley Nº 30294 y el Art. 2º de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM, al haber leído la relación de los funcionarios de dirección y/o personal de confianza del Organismo Nacional de Sanidad Pesquera que tienen facultad para contratar o nombrar personal o tienen injerencia directa o indirecta en el proceso de selección en el que participo, no guardo relación de parentesco con ninguno de ellos.
* Al amparo del Art. 4-A del Reglamento de la Ley Nº 26771 aprobado por D. S. Nº 021-2000-PCM e incorporado por el Art. 2° D. S. N° 034-2005-PCM a la fecha, si ( ) no ( ) tengo familiares que vienen laborando en el Organismo Nacional de Sanidad Pesquera, los mismos que detallo a continuación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellidos** | **Grado de Parentesco o Vínculo Conyugal** | **Oficina en la que viene laborando** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Respecto a los **Impedimentos para ser contratado por el Estado,** declaro que no me encuentro incurso en ninguna de las causales que impiden mi contratación bajo el Régimen de Contratación Administrativa de Servicios, regulada en el Decreto Legislativo Nº 1057 modificado por Decreto Legislativo Nº 1295, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 075-2008-PCM.
* Sobre el **Principio de Veracidad** soy responsable de la veracidad de todos los documentos e información que presento para efectos del presente proceso. De verificarse que la información es falsa, acepto expresamente que la Entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.
* No me encuentro INHABILITADO según el **Registro Nacional y Sanciones de Destitución y Despido** (RNSDD).
* No me encuentro registrado en el **Registro de Deudores Alimentarios Morosos** según Ley 28970.
* No tener antecedentes policiales, penales y judiciales.

Declaro además que tengo pleno conocimiento de las normas que se mencionan en esta Declaración Jurada y me ratifico en la información proporcionada, y que la falta de veracidad de lo manifestado dará lugar a las sanciones y responsabilidades administrativas y judiciales conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Lima,… de…………………………… del 20….

**………………………………………..**

 **FIRMA**