**ANEXO N° 01:**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE PROCESO DE EVALUACIÓN, SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL PARA EL PUESTO DE …………………………………………………………………………:

PRESENTE:

Yo……………………………………………………………………………………………………………………… identificado (a) con DNI …………………………………………….. domiciliado(a) en:………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Mediante la presente solicito se me considere para participar en el proceso de selección para el CAS, convocado por la Dirección Regional de Educación de Cajamarca, para la cual declaro que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y el perfil establecido según se indica:

**Nombre de la Plaza : ……………………………………………………………………………………..**

**Código de la Plaza : ………………………………………………………………………………………**

**N° de Folios : ……………………………………………………………………………………….**

POR LO TANTO:

A usted pido señor presidente de la Comisión para Contratos Administrativos Servicios CAS acceder a mi solicitud.

Santa Cruz, ………………………….de……………………..del 20………..

Teléfono: ……………………………………………….

Correo Electrónico: ……………………………………………….

…………………………………………………..

EL(LA) POSTULANTE

**ANEXO N° 02**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

1. **DATOS PERSONALES**

**/ / /**

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR DE NACIMIENTO**

**/ /**

Lugar Día Mes Año

**ESTADO CIVIL:………………………………………………….. NACIONALIDAD:………………………………………………………..**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente):** DNI:…………………………… PASAPORTE N°:…………………………….

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES – RUC N° :**………………………………………………………………….

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

Avenida Calle Jirón ……………………………………………………………………………N°………………… Dpto. / Int……..

**URBANIZACIÓN:**…………………………………………………………………………………………**DISTRITO:**………………………**…**…………………………………………………………………………………………………………………**PROVINCIA:** ……………………..

……………………………………………………………………………………………………………………**DEPARTAMENTO:** ……………

………………………………………….**TELÉFONO:**……………………………….**CELULAR:** ………………………………….**CORREO ELECTRÓNICO:** …………………………………………………………………..**COLEGIO PROFESIONAL**…………………………….

**REGISTRO N°**………………………….

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ NO N°** …………………….

Si la respuesta es afirmativa, indicar el N° 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**.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO O GRADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO**  **(MES/AÑO)** | **CIUDAD/PAÍS** | **N° FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(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, menciona cuáles y completar los datos respectivos.

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

Detallar en el cuadro siguiente los trabajo 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.

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

**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**

**ANEXO N° 03**

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

Por la presente, yo ……………………………………………………………………………………………, identificado/a con DNI N° …………………………………………., 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:

…………………………………………….., ……………………………., de …………………… del 20……..

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.

**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA**

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

Conste por el presente que el (la) señor(a) ………………………………………………………………… identificado(a) con el D.N.I. N° ………………………………………………………… con domicilio en ……………………………………………………………………….. en el Distrito de …………………………………………………………………… del departamento de ………………………………………………………………………………………. **DECLARA BAJO JURAMENTO:**

**(Marcar con una X)**

**SÍ NO**

Cuento con pariente(s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge (PADRE / HERMANO(A) / HIJO(A) / TÍO(A) / SOBRINO(A) / PRIMO (A) / SUEGO(A) / CUÑADO(A), que goce de la facultad de contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección de la DRE - CAJAMARCA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la persona relacionara que labora en la DRE | Grado de Parentesco | Cargo que ocupa en la DRE |
| Nombre de la persona relacionara que labora en la DRE | Grado de Parentesco | Cargo que ocupa en la DRE |
| Nombre de la persona relacionara que labora en la DRE | Grado de Parentesco | Cargo que ocupa en la DRE |

Lugar y fecha:

…………………………………………….., ………………., de …………………… del 20……..

Huella Digital

………………………………………………..

Firma