**FORMULARIO “B”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO DEL POSTULANTE** | | | | |
| **1.INFORMACION PERSONAL** | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | | | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | |  | | |
| NACIONALIDAD: |  | | CI Nº: | VIGENCIA:   (Fecha de Vencimiento) |
| SEXO: | **M** | **F** |  | |
| EDAD: |  | | ESTADO CIVIL: |  |
| DIRECCION PARTICULAR: | | | | |
| DEPARTAMENTO: |  | CIUDAD: | | BARRIO: |
| TELEFONO (Línea Baja) |  | CELULAR: | | |
| E-MAIL PARTICULAR: | | | | |
| NOMBRE DE LA MADRE:  VIVE: SI: NO: | | | | |
| NOMBRE DEL PADRE:  VIVE: SI: NO: | | | | |
| NOMBRE DEL CONYUGUE: | | | | |
| NOMBRE HIJOS/EDAD: | | \* | | |
| \* | | \* | | |
| \* | | |
| \* Tiene algún familiar en la Función Pública? | | | **NO: SI:** | |
| **ESPECIFIQUE:** | | | | |
| \* Trabajó antes en la Función Pública? | | | **NO: SI:** | |
| **ESPECIFIQUE:** | | | | |
| \* Tiene negocios o ingresos adicionales? | | | **NO: SI:** | |
| **ESPECIFIQUE:** | | | | |
| **2.INFORMACIÓN ACADEMICA:** | | | | |
| NIVEL DE ESTUDIOS: | | | | |
| **PRIMARIO** | | | | |
| INSTITUCION EDUCATIVA: | | | | |
| GRADO/AÑO APROBADO: | | | | |
| **SECUNDARIO** | | | | |
| CURSO/GRADO APROBADO: | | | | |
| TITULO OBTENIDO: | | | | |
| **UNIVERSITARIO** | | | | |
| CURSO/SEMESTRE APROBADO | | | | |
| TITULO OBTENIDO: | | | | |
| INSTITUCIÓN/UNIVERSIDAD: | | | | |
| AÑO DE EGRESO: |  |  | | |
| **2.1 OTROS ESTUDIOS** | **CURSANDO** | **CULMINADO** | **AÑO DE INICIO** | **AÑO DE FINALIZACIÓN** |
| Especialización |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |
| PostGrado |  |  |  |  |
| Doctorado |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |
| **3.INFORMACION LABORAL** | | | | |
| PROFESION U OFICIO: |  | | | |
| IDIOMA: | **SI:** | **NO:** | **ESPECIFIQUE:** | |
| **3.1 EXPERIENCIA LABORAL** | | | | |
| \* Nombre de la Institución o Empresa donde prestó/a servicios: | | | | |
| Desde: | Hasta: | | | |
| **- Descripción breve de las funciones realizadas:** | | | | |
| \* Nombre de la Institución o Empresa donde prestó/a servicios: | | | | |
| Desde: | Hasta: | | | |
| **- Descripción breve de las funciones realizadas:** | | | | |
|  | | | | |
| \* Nombre de la Institución o Empresa donde prestó/a servicios: | | | | |
| Desde: | Hasta: | | | |
| **- Descripción breve de las funciones realizadas:** | | | | |
| 1 (Una) Referencia: Sr/Sra/Nro de Contacto (último empleo): | | | | |
| Actualmente se encuentra con empleo?  **SI: NO:** | | | Especifique: | |
| **4.ANTECEDENTES MÉDICOS** | | | | |
| **Actualmente padece de alguna enfermedad? SI: NO:** | | | | |
| En caso de ser afirmativo la respuesta, sigue algún tratamiento? Especificar cual: | | | | |

**Firma:**