



**FICHA DE DATOS DEL POSTULANTE
DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES**

I. DATOS LABORALES					
UNIDAD ORGÁNICA SOLICITANTE					
NOMBRE DEL PUESTO		N° PROCESO CAS			
MEDIO POR EL CUAL SE ENTERÓ DE LA CONVOCATORIA CAS		WEB () COMPAÑEROS () VECINOS () OTROS ()			
II. DATOS PERSONALES					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
				SEXO (Marca con un aspa)	
				Femenino Masculino	
LUGAR DE NACIMIENTO (Distrito /Provincia /Departamento)		FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		NACIONALIDAD	
				ESTADO CIVIL	
				N° DNI O CARNÉ DE EXTRANJERÍA	
PERSONA CON DISCAPACIDAD (Ley N° 29973) (MARCAR CON UN ASPA "X")			LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS (Ley N° 29248) (MARCAR CON UN ASPA "X")		
SÍ		En caso de ser una persona con discapacidad, deberá adjuntar copia simple del certificado otorgado por las instituciones que señala la Ley o la Resolución de Inscripción en el CONADIS.		SÍ	
NO				NO	
				En caso de ser personal licenciado de las Fuerzas Armadas, deberá adjuntar la copia simple del documento oficial que acredite su condición de licenciado.	
N° CARNÉ DE CONADIS			FUERZAS ARMADAS (N° Carnet / Código)		DEPORTISTA CALIFICADO
					Sí () No () Indicar el Nivel
ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA (AJUSTE RAZONABLE), DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN					
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2		CORREO ELECTRÓNICO	
DOMICILIO ACTUAL (Calle, Jirón, Número)		DISTRITO		PROVINCIA	
				DEPARTAMENTO	
				REFERENCIA DE DIRECCIÓN	
III. FORMACIÓN ACADÉMICA					
Colocar fecha de la Constancia de Egresado (Solo en caso el perfil requiera formación académica técnica o universitaria completa)					
Tipo de Formación		Centro de Estudios		Situación (Estudios, Egresado, Bachiller, Titulado u otro)	
Primaria					
Secundaria					
Técnica (1-2 años)					
Técnica (3 años)					
Universitaria					
				Nombre de la Especialidad	
				Mes y año de egreso	
				Fecha de emisión del Certificado	

Maestría					
Doctorado					
IV. COLEGIATURA (Completar solo si es requisito en el perfil de puesto)					
¿Colegiado a la fecha?	Nombre de Colegio Profesional	N° de Colegiatura	Habilitación Profesional	¿Inhabilitado? Indicar el motivo	
Sí () No ()			Sí () No ()		

V. CURSOS Y ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN (Diplomados, programas de especialización, cursos)				
Denominación	Centro de Formación	N° de Horas		
PAQUETES INFORMÁTICOS* (Indicar el nivel según corresponda)		IDIOMAS* (Indicar el nivel según corresponda)		
Nivel (Básico, Intermedio o Avanzado)	Idioma	Lectura (Básico, Intermedio o Avanzado)	Conversación (Básico, Intermedio o Avanzado)	Escritura (Básico, Intermedio o Avanzado)
	Inglés			
	Portugués			
	Chino			
	Otro:			

(*) Nota: No requiere documentación sustentatoria

VI. EXPERIENCIA LABORAL (Completar desde el último trabajo o trabajo actual)					
Nombre de la Institución 1	Cargo	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)	Sector	Motivo de Cese
				Público () Privado () Mixto ()	
Funciones Principales					
Nombre de la Institución 2	Cargo	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)	Sector	Motivo de Cese
				Público () Privado () Mixto ()	
Funciones Principales					

Nombre de la Institución 3	Cargo	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)	Sector	Motivo de Cese
				Público () Privado () Mixto ()	
Funciones Principales					
Nombre de la Institución 4	Cargo	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)	Sector	Motivo de Cese
				Público () Privado () Mixto ()	
Funciones Principales					
Nombre de la Institución 5	Cargo	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)	Sector	Motivo de Cese
				Público () Privado () Mixto ()	
Funciones Principales					
VII. OTROS DATOS (Marcar con un aspa en la casilla según corresponda)					
1. ¿Ha trabajado anteriormente en la Municipalidad Distrital de Ate?		SI ()		NO ()	
Área:		Periodo:			
2. ¿Es usted pensionista de las FF.AA. o Policía Nacional?		SI ()		NO ()	
3. ¿Tiene impedimento para contratar con instituciones del estado?		SI ()		NO ()	
4. ¿Se encuentra en el Registro de Deudor Alimentario Moroso - REDAM?		SI ()		NO ()	
5. ¿Registra antecedentes policiales?		SI ()		NO ()	
6. ¿Registra antecedentes penales?		SI ()		NO ()	
7. ¿Tiene familiares trabajando en la Municipalidad Distrital de Ate?		SI ()		NO ()	
Declaro bajo juramento que todos los datos antes mencionados son verdaderos; asimismo me someto a las acciones administrativas y/o penales en caso de falsedad de acuerdo a la normatividad vigente.					
Fecha:	Ate, _____ / _____ / _____		Firma:	_____	