**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (Formato 1)**

Lima,…… de ..…………….. del 2021

**Señores:**

Comisión Evaluadora de Procesos de Convocatoria CAS

Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”*

Presente.-

**ASUNTO: INSCRIPCIÓN AL PROCESO DE SELECCIÓN CONVOCATORIA CAS Nº 01-2021-INO – D.U. N° 034-2021.**

De mi consideración:

Yo, ……………………………………………………………………………………………………… identificado con DNI N° ……………………….. con dirección domiciliaria en ……………………………………………………………………….………., teléfono fijo ………………. celular …………………… y correo electrónico …………………………………… solicito mi participación como postulante en el proceso de selección de la Convocatoria CAS Nº 01-2021-INO – D.U. N° 034-2021, para el puesto de …………………………………………………………., con código de puesto ….………………., para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

……………….. ………………………………………

Apellidos y Nombres:

DNI:

**ANEXO Nº 07**

**FORMULARIO DE CURRÍCULUM VITAE**

**N°01-2021-INO – D.U. N° 034-2021**

**Nº DE CONVOCATORIA:**

1. **DATOS PERSONALES:**

**Apellido Paterno Apellido Materno Nombres**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_

**Lugar** **día /mes /año**

**NACIONALIDAD:**

**ESTADO CIVIL:**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

**RUC:**

**N° BREVETE:** (SI APLICA)

**DIRECCIÓN:**

**Avenida/Calle Nº Dpto.**

**CIUDAD:**

**DISTRITO:**

**TELÉFONO FIJO: CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL:** (SI APLICA)

**REGISTRO N° : HABILITACION: SI  NO **

**LUGAR DEL REGISTRO:**

**SERUMS (**SI APLICA) **: SI  NO  N° RESOLUCION SERUMS**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD:**

El postulante es discapacitado:

SI N° REGISTRO:

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición.

1. **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:**

El postulante es licenciado de las fuerzas armadas:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. **DEPORTISTA CALIFICADO:**

El postulante es deportista calificado:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA:**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título**  **(1)** | **Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta**  **(mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Título |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Estudios Técnicos |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |
| **Nota:**  (1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.  (2) Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO) | | | | | |

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Especialidad** | **Institución** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta mes / año (total horas)** | **Fecha de extensión del título**  **(mes/año)** |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA**:

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

Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1: Idioma 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy Bien | Bien | Regular |  |  | Muy Bien | Bien | Regular |
| **Habla** |  |  |  | **Habla** |  |  |  |
| **Lee** |  |  |  | **Lee** |  |  |  |
| **Escribe** |  |  |  | **Escribe** |  |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº**  **(1)** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses y días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses días)** |
| 2 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Nº** | **Nombre De La Entidad O Empresa** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses días)** |
| 3 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la entidad o empresa** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses días)** |
| 4 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la entidad o empresa** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/ año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses días)** |
| 5 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| Marcar con aspa según corresponda:  Pública (\_\_), Privada (\_\_), ONG (\_\_), Organismo Internacional (\_\_), Otro( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y especifica)** | | **Tiempo Total**  **(años, meses, días)** |
| **Experiencia Laboral General** | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o Privado)** |  |
| **Experiencia Laboral Específica** | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o Privado)** |  |

Nota: Considerar desde egresado y según el detalle de lo registrado en el detalle de la experiencia laboral y/o profesional.

**Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso CAS.**

**Marcar con un aspa según corresponda:**

SI NO

1. **REFERENCIAS PERSONALES**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la entidad o empresa** | **Cargo de la referencia** | **Nombre de la persona** | **Teléfono actual** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Lima, ………. de ……………………… del 20 ….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

**ANEXO N° 08**

**DECLARACION JURADA DE POSTULACIÓN AL PROCESO**

El (la) que suscribe….…………………………………………………………………………….………………….….………….………..

Identificado (a) con DNI N°…………………………., domiciliado (a) en………………………………….………..……….…………...

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

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

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

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

* No registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607; así como, antecedentes Policiales y Judiciales.
* No tener condena por delito doloso ni estar inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el estado o para desempeñar función pública.
* No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarías establecidas en sentencias, ejecutorias o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, asimismo, no tener adeudos por pensiones alimentarías devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado la inscripción del (la) suscrito (a) en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM, creado por la Ley N° 28970.
* No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC, regulado por el Decreto Legislativo N° 1295.
* No tener parientes que presten servicios en el Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”* hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y, por tanto, encontrarme inmerso (a) en los alcances de la Ley N° 26771, Ley que establece prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en caso de parentesco, modificada por la Ley N° 30294, su Reglamento y modificatorias.

¿Tiene familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad, según grado de afinidad o razón de matrimonio, con facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”,* (Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificactorias)?

**De contar con un familiar, especificar**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Área y Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de resultar falsa la información que proporcionó, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en procedimiento administrativo, previsto en el artículo 411° del Código Penal y los delitos contra la Fe Pública, previstos en el Título XIX de la misma norma, en concordancia con el artículo 34° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma**

Lima, ………. de ……………………… del 20 ….