**Señor**

**PRESIDENTE DEL PROCESO DE CONVOCATORIA CAS POR REEMPLAZO DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA *“DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS”***

**CONVOCATORIA CAS POR REEMPLAZO Nº 01-2023-INO**

**CÓDIGO DEL PUESTO:** ……………………………………………………………………………………………………

**Apellidos y Nombres: ………………………..**…………………………………………………………………..………

**Nro. de DNI**: ……………………………………………………………………………………………………………………..

**Unidad Orgánica:** ………………….…………………………………….…………………………………………………..

**Cargo a Postular:** …………………………………………..………………………………………………………….……..

**E-MAIL:** ………………………........................................................ **Celular:**………………………………

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (Formato 1)**

Lima,…… de ..…………….. del 2023

**Señores:**

Comisión Evaluadora de Procesos de Convocatoria CAS por reemplazo

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

Presente.-

**ASUNTO: INSCRIPCIÓN AL PROCESO DE SELECCIÓN CONVOCATORIA CAS POR REEMPLAZO Nº 01-2023-INO.**

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 por reemplazo Nº 01-2023-INO 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 7**

**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

**N° DE CONVOCATORIA**

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Apellido Paterno  | Apellido Materno | Nombres |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**:  |  |  |
|  | Lugar | Día/Mes/Año |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estado Civil:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Documento de Identidad:** |  |
| **Ruc:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº de Brevete (si aplica)** |  |
| **Dirección:** |  |  |  |
|  | Av./Calle/Jr. | Nro. | Dpto. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ciudad:** |  |
| **Distrito:** |  |
| **Teléfono Fijo** |  |
| **Celular:** |  |
| **Correo Electrónico :** |  |
| **Colegio Profesional:**(Si Aplica) |  |
| **Registro Nº:** |  |

 **Habilitación SI ( ) NO (** )

 **Serums SI ( ) NO (** )  **Nº Resolución Serums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Si Aplica adjuntar copia de acto resolutivo que acredite haber realizado el SERUMS)

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD (\*): SÍ ( ) NO ( ) Nº Registro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento sustenta torio, emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS.

1. **LICENCIADO DE LAS FF.AA. (\*): SÍ ( ) NO ( )**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento oficial que acredite dicha condición.

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

En el caso de Doctorados, Maestrías, Especialización y/o Postgrado, referir solo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula. La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (copia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad/País** | **Estudios realizados Desde/Hasta (mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título (mes/año)** |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |
| **MAESTRIA** |  |  |  |  |  |
| **POSTGRADO** |  |  |  |  |  |
| **TITULO** |  |  |  |  |  |
| **BACHILLER** |  |  |  |  |  |
| **TITULO TECNICO** |  |  |  |  |  |
| **SECUNDARIA** |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**Estudios complementarios:** Cursos de especialización, Diplomados, Seminarios, Talleres, etc.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Especialidad** | **Institución** | **Ciudad/País** | **Estudios realizados desde/hasta (Mes/año****Total Horas)** | **Fecha de extensión del documento****(mes/año)** |
| **Segunda****Especialización** |  |  |  |  |  |
| **Post-Grado o****especialización** |  |  |  |  |  |
| **Post-Grado o****especialización** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o****Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o****Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o****Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Informática** |  |  |  |  |  |
| **Idiomas** |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**

**MARCAR CON UN ASPA DONDE CORRESPONDA:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NIVEL DE DOMINIO** |
| **IDIOMAS** | **BÁSICO** | **INTERMEDIO** | **AVANZADO** |
| **Ingles** |  |  |  |
| **Otro………..** |  |  |  |
| **Otro………..** |  |  |  |

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

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **LA EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLÓGICO.**

**La información a ser proporcionada en los cuadros deberá ser respaldada con los respectivos certificados.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 y meses)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |
| **Marcar con aspa según corresponda:****Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** |
| **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 y meses)** |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |
| **Marcar con aspa según corresponda:****Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** |
| **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 y meses)** |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |
| **Marcar con aspa según corresponda:****Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** |
| **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 y meses)** |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** |
| **Marcar con aspa según corresponda:****Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** |

1. **REFERENCIAS PROFESIONALES**

En la presente sección el candidato podrá detallar las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo de la Referencia** | **Nombre de la Persona** | **Teléfono Actual Entidad o Persona** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Lima, \_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023

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

Firma del Postulante

DNI N°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 8**

**DECLARACIÓN JURADA**

EI/La que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de profesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con carácter de Declaración Jurada manifiesto lo siguiente:

1. **NO** encontrarme en situación de licencia con goce de haber o sin ella, o en uso del descanso vacacional otorgado en razón del vínculo laboral existente con alguna entidad del Estado, así como percibir ingreso del Estado, a partir de la vigencia del contrato, de resultar ganador del proceso de selección; salvo por función docente o dietas por participación en un (1) directorio de entidades o empresas públicas o por excepción de la Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023, de corresponder.
2. **NO** tener impedimento legal para ser contratado por el Estado.
3. **NO** tener antecedentes policiales, judiciales, ni penales.
4. **NO** encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional.
5. **NO** haber sido condenado por delitos sancionados con penas privativas de la libertad, o encontrarme sentenciado(a) y/o inhabilitado(a) para ejercer función pública.
6. **NO** tener sanción vigente en el registro Nacional de Proveedores.
7. **NO** encontrarme en proceso judicial vigente en contra del Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”*.
8. **NO** ser funcionario de Organismos Internacionales.

Declaro bajo juramento, someterme a las disposiciones de las Bases que regula el presente Proceso de Selección para la Contratación de Personal bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios del Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”.*

Así también, declaro que todo lo contenido en mi Hoja de Vida y los documentos que lo sustentan son verdaderos; de no ser así me someto a las disposiciones legales correspondientes.

En caso de ser **GANADOR** del presente proceso de selección, declaro expresamente contar con los documentos originales que acrediten las copias presentadas en la Hoja de Vida.

Lima,………… de………………….del 2023

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

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 9**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO, VÍNCULO MATRIMONIAL O UNION DE HECHO CON FUNCIONARIO Y/O TRABAJADOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
*“DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS”***

Señor

Señor Presidente de la Comisión de Proceso CAS del Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”.*

Presente.-

Yo,……………………………………………………………………………………………….……………………………...,Identificado(a) con Documento Nacional de Identidad Nº:……………………, domiciliado (a) en………………………………….,en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM y sus modificaciones; **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que:

NO tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, nieto, suegro, cuñado) con funcionarios y/o personal Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”*, que tengan la facultad de designar, nombrar o contratar personal o tengan injerencia directa o indirecta en el presente concurso.

SI tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **VINCULO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Lima, ………………………………………de 2023

Firma: ……………....…………………………

D.N.I. N°……………………………………….