



FICHA DE POSTULACIÓN  
FORMATO HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE  
CONCURSO PÚBLICO DE MÉRITOS

CÓDIGO DEL CARGO AL QUE POSTULA	
---------------------------------	--

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
EDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		
		DEPARTAMENTO / PROVINCIA	DISTRITO		(DÍA)	(MES)	(AÑO)
SEXO		DOCUMENTOS					
F	M	N° DNI	N° RUC	N° BREVETE	CATEGORÍA DE BREVETE		
DOMICILIO ACTUAL							
DIRECCIÓN			DPTO	PROVINCIA	DISTRITO	N° / LT/MZ	
TELÉFONOS / CORREO ELECTRÓNICO							
FIJO		CELULAR		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO			



**2. FORMACIÓN ACADÉMICA UNIVERSITARIA Y/O TÉCNICA** (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)

	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	GRADO ACADÉMICO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES/AÑO		AÑOS DE ESTUDIO
				DESDE	HASTA	
FORMACIÓN UNIVERSITARIA						
FORMACIÓN TÉCNICA						
DIPLOMADO						
MAESTRÍA						
SEGUNDA CARRERA						
ESPECIALIZACIÓN						
DOCTORADO						
OTROS ESTUDIOS (SECUNDARIOS, ETC)						



**INFORMACIÓN RESPECTO A COLEGIATURA**

COLEGIO PROFESIONAL	NRO. COLEGIATURA	CONDICIÓN A LA FECHA (1)

(1) Habilitado o No Habilitado

**3. CAPACITACIÓN OBLIGATORIA REQUERIDA** – De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

INICIO (MES-AÑO)	FIN (MES-AÑO)	CURSO /EVENTO	INSTITUCIÓN	HORAS LECTIVAS

4. CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS: - De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria, siendo de carácter referencial.

CONOCIMIENTO	
1.	
2.	
3.	

5. ESTUDIOS INFORMATICOS: - De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

CONOCIMIENTOS	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
1.			
2.			



6. ESTUDIO DE IDIOMAS: - De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria (marque con un aspa el nivel máximo alcanzado)

IDIOMA	BASICO	INTERMEDIO	AVANZADO
1.			
2.			



7. EXPERIENCIA LABORAL: De acuerdo a los requisitos señalados en la convocatoria.

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
Área:	
Cargo:	Tiempo de servicios:
Funciones principales:	Inicio: (mes y año): / /
	Fin: (mes y año): / /
Modalidad de contratación:	
Motivo de Retiro:	Remuneración o Retribución: S/.
Nombre y cargo del Jefe Directo:	Teléfono Oficina:





**NOMBRE DE LA ENTIDAD:**

Área:

Cargo: Tiempo de servicios:

Funciones principales: Inicio: (mes y año): / /  
Fin: (mes y año): / /

Modalidad de contratación:

Motivo de Retiro: Remuneración o Retribución: SI.

Nombre y cargo del Jefe Directo: Teléfono Oficina:

**NOMBRE DE LA ENTIDAD:**

Área:

Cargo: Tiempo de servicios:

Funciones principales: Inicio: (mes y año): / /  
Fin: (mes y año): / /

Modalidad de contratación:

Motivo de Retiro: Remuneración o Retribución: SI.

Nombre y cargo del Jefe Directo: Teléfono Oficina:

**8. REFERENCIAS LABORALES:**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las dos últimas instituciones donde estuvo trabajando

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	CARGO DE LA REFERENCIA	NOMBRE DE LA PERSONA	TELEFONO ACTUAL

**DATOS ADICIONALES:**

¿Declara su voluntad de postular en ésta convocatoria de manera transparente y de acuerdo a las condiciones señaladas por la institución?

NO

SI

¿Declara tener hábiles sus derechos civiles y laborales?

NO

SI



¿Tiene familiares directos\* dentro del Cuarto Grado de Consanguinidad, Segundo de Afinidad o por razón de matrimonio, trabajando en el SAT-ICA o la Municipalidad Provincial de Ica?

SI ( ) Señale nombre y parentesco \_\_\_\_\_  
NO ( )

\* Cónyuge o Conviviente/ Padre – Madre/ Hijos/ Hermanos/ Nietos/ Abuelos/ Tíos Hinc. de Padres/ Solteros Hijos de Hinc./ Primos Hermanos/ Padrastro – Madrastra/ Hijastros/ Suagros/ Yernos – Nueras/ Hermanastros/ Cuñados

En aplicación a lo establecido por el artículo 48° de la Ley N° 29873, Ley General de Personas con Discapacidad, responder al ¿Tiene algún tipo de discapacidad?: ( ) NO ( ) SI <sup>o</sup>

(\*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad

Tipo:

¿Se encuentra usted comprendido dentro del registro de deudores alimentarios morosos, de acuerdo a la Ley N° 28979?

( ) NO ( ) SI

Indique si es Licenciado de las Fuerzas Armadas.

( ) NO ( ) SI <sup>o</sup>

(\*) De ser positiva su respuesta, señale dónde presta dicho servicio

FIRMA y HUELLA

Fecha

--	--	--

- Esta ficha de postulación y los datos consignados tiene calidad de Declaración Jurada, bajo responsabilidad del postulante.
- La presente ficha de postulación, debidamente llenada, se deberá enviar dentro del plazo establecido al correo: [comision.especial@sat-ica.gob.pe](mailto:comision.especial@sat-ica.gob.pe), bajo responsabilidad.

