

Fecha		

FORMATO N° 01

**PEGAR
FOTO A
COLOR**

FICHA DE POSTULACIÓN MODALIDADES FORMATIVAS

La aceptación de este formato estará sujeta a la necesidad institucional, al perfil requerido y a la aprobación del Proceso de Selección respectivo.

Llenar todos los campos con letra imprenta

POSTULANTE A:

() Programa de Prácticas Pre-Profesionales

Proceso de selección al que postula (Conforme lo indicado en el Aviso de Convocatoria)

Código del proceso	P.	S.			-	P	R	A	-								-	2	0	2	6
Profesión a la que postula																					
Código de la vacante solicitada																					

I.-DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo: F () M ()
Dirección			Distrito
DNI/Partida de Nac.		Estado Civil	Telf. Fijo
Telf. Celular			
Correo Electrónico:			

II.-DATOS ACADÉMICOS: Señale profesión y máximo nivel académico obtenido

NIVEL ACADEMICO OBTENIDO (en ciclos académicos)		NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS:	
		Mérito obtenido:	
() Estudiante Educ. Superior Ciclo:		<input type="checkbox"/> Quinto Superior <input type="checkbox"/> Tercio Superior <input type="checkbox"/> Otro:	

IDIOMAS	INGLÉS	QUECHUA	OTROS:
Básico	()	()	()
Intermedio	()	()	()
Avanzado	()	()	()

III.-CURSOS Y/O SEMINARIOS: Los cuatro últimos empezando por el más reciente:

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

Cursos y/o Seminarios	Centro de Capacitación	Duración	Fecha
1.			
2.			
3.			
4.			

IV.-EXPERIENCIA EN PRÁCTICAS: Las tres últimas empezando por la más reciente

Institución o Empresa	Desde - Hasta	Cargo
1.		
2.		
3.		

V.- CONOCIMIENTOS DE COMPUTACIÓN: Señale los programas informáticos que maneja y marque con una aspa (X) el nivel alcanzado:

Nombre del Curso	Básico	Intermedio	Avanzado
1.	.		
2.			
3.			
4.			

VI.- DATOS FAMILIARES:

SEÑALE EL NOMBRE y APELLIDOS DE:
Padre :
Madre :
Cónyuge o concubino (*) :
Hijos(*) :
(*) En los casos en los que no hubiera información que indicar, consignar la frase: NO CORRESPONDE

¿Tiene familiares directos¹ hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad trabajando en ESSALUD?

NO ()

SI () Señale nombre y parentesco:

¹ * Grado 0: Cónyuge, Primer Grado: Los padres e hijos. Segundo Grado: Los abuelos, hermanos y nietos. Tercer Grado: Los bisabuelos, los tíos, los sobrinos, los bisnietos. Cuarto Grado: Tatarabuelos, tataranietos, primos hermanos, tíos abuelos y sobrinos nietos.

* Primero de Afinidad: hijos/as políticos/as, suegros/as, Segundo de afinidad: cuñados, abuelos, nietos del cónyuge o concubino o progenitor de sus hijos.

La información proporcionada en esta ficha tiene carácter de Declaración Jurada y deberá ser entregada de acuerdo a lo señalado en el cronograma de actividades respectivo.

FIRMA DEL POSTULANTE
 DNI

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.