



PEGAR  
FOTO A  
COLOR

Fecha		

**FORMATO N° 01**

**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:**

<input type="checkbox"/> Programa de Prácticas Pre-Profesionales
<input type="checkbox"/> Programa de Prácticas Profesionales

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

Código del proceso	P.	S.	0	0	2	-	P	R	A	-	S	C	E	N	T	-	2	0	1	4
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

<b>PROFESION :</b>	<b>NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS:</b>
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input type="checkbox"/> Egresado	Mérito obtenido:
<input type="checkbox"/> Estudiante Educ. Superior Ciclo: .....	<input type="checkbox"/> Quinto Superior
	<input type="checkbox"/> Tercio Superior
	<input type="checkbox"/> Otro: .....

<b>IDIOMAS</b>	<b>INGLÉS</b>	<b>FRANCÉS</b>	<b>OTROS: .....</b>
Básico	( )	( )	( )
Intermedio	( )	( )	( )
Avanzado	( )	( )	( )

**III.-CURSOS Y/O SEMINARIOS:** Nombre cuatro, empezando por el más reciente

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

**IV.-EXPERIENCIA EN PRACTICAS:** 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:**

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

<p><b>¿Tiene familiares directos<sup>1</sup> dentro del Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad trabajando en ESSALUD?</b></p> <p>NO ( )</p> <p>SI ( ) Señale nombre y parentesco: .....</p> <p><small><sup>1</sup> Cónyuge o Conviviente/ Padre – Madre/ Hijos/ Hermanos/ Nietos/ Abuelos/ Tíos Hnos. de Padres/ Sobrinos Hijos de Hnos./ Primos Hermanos/ Padrastro – Madrastra/ Hijastros/ Suegros/ Yernos – Nueras/ Hermanastros/ Cuñados</small></p>
--

La información proporcionada en esta ficha tiene carácter de Declaración Jurada y deberá ser enviada de inmediatamente después de su postulación al correo electrónico: [personal@essalud.gob.pe](mailto:personal@essalud.gob.pe) consignando en el asunto el código de vacante a la cual postula.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL POSTULANTE  
DNI .....