



## FORMATO DE POSTULACIÓN

### I. DATOS PERSONALES

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		NACIONALIDAD	
NOMBRES Y APELLIDOS			
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL			
DIRECCION			
DISTRITO		PROVINCIA	DEPARTAMENTO
TELEFONO		CELULAR	CORREO
COLEGIO PROFESIONAL		REGISTRO	
PERSONA CON DISCAPACIDAD		CERTIFICADO	
LICENCIADO DE LAS FF.AA		CERTIFICADO	

### II. FORMACION ACADEMICA

En la presente sección el postulante deberá detallar el grado académico que sustenta de acuerdo **AL PERFIL DE PUESTO Y CONFORME A LAS BASES ADMINISTRATIVAS DEL PROCESO CAS AL QUE POSTULA**

TITULO O GRADO DE INSTRUCCION	ESPECIALIDAD O PROGRAMA ACADEMICO	FECHA DE EGRESO Y/O EXTENSION DEL GRADO	UNIVERSIDAD INSTITUTO
DOCTORADO			
MAESTRIA			
POSTGRADO			
GRADO O LICENCIATURA			
BACHILLER			
ESTUDIO SUPERIOR NO UNIVERSITARIO			
ESTUDIOS SECUNDARIOS			



III. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE CAPACITACION**

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los recuadros siguientes, **SOLO LOS DIPLOMADOS Y/O CURSOS REQUERIDOS EN EL PERFIL DE PUESTO Y CONFORME A LAS BASES ADMINISTRATIVAS DEL PROCESO CAS AL QUE POSTULA**

DIPLOMADO, CURSO ESPECIALIZACION, ETC.	TEMA	CENTRO DE ESTUDIOS	HORAS

IV. **EXPERIENCIA LABORAL RELACIONADAS AL CARGO \*\***

ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:
ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:
ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:
ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**

**“Año de la Universalización De la Salud”**

ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:
ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:
ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:
ENTIDAD :		TIPO DE EXPERIENCIA:	
AREA :		PERIODO LABORAL (d/m/a)	TOTAL LABORADO
CARGO :		INICIO :	AÑOS :
FUNCIONES:		FIN :	MESES:

**\*\* ESPECIFICAR SI SE TRATA DE EXPERIENCIA GENERAL O ESPECIFICA**

**“Año de la Universalización De la Salud”**



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**

---