



ANEXO 05
MODALIDADES FORMATIVAS
FICHA DE DATOS

FOTO

POSTULANTE A:

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

DATOS PERSONALES

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

DATOS ACADÉMICOS: (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)

Especialidad:	Nombre del Centro de Estudios:
<input type="checkbox"/> Estudiante Educación Superior Ciclo:	
<input type="checkbox"/> Egresado	
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	Merito Obtenido: <input type="checkbox"/> Tercio Superior <input type="checkbox"/> Quinto
Para ser llenado solo por estudiantes:	
A la fecha, ¿ha truncado sus estudios? (no considerar vacaciones)	
<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI Ciclo/año en que truncó sus estudio : _____ Año que dejó de estudiar : ____/____/____	

EXPERIENCIA LABORAL (Las tres últimas empezando por la más reciente)

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

**CONOCIMIENTOS DE COMPUTACIÓN** (Señale los programas o paquetes informáticos que maneja)

1.	3.
2.	4.

DATOS ADICIONALES

¿Anteriormente ha participado en alguna modalidad formativa en OSCE?
() Programa de Practicas Preprofesionales
() Programa de Prácticas Profesionales
Especifique el Área:
Desde:...../...../..... Hasta:...../...../.....

DATOS FAMILIARES

¿Tiene familiares directos dentro del Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad trabajando en OSCE? SI () Señale Nombre y Parentesco NO ()
--

SEÑALE EL NOMBRE Y APELLIDO DE :
Padre:
Madre:
Cónyuge:
Hijos:

TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: () NO () SÍ *
* De ser positiva la respuesta, señale el tipo de discapacidad.

La información proporcionada en esta ficha tiene carácter de Declaración Jurada.

FIRMA

____/____/_____
FECHA