



"Año de la universalización de la salud"

**HOJA DE VIDA PARA LA POSTULACIÓN AL 15° CURSO DE INTÉRPRETES Y  
TRADUCTORES DE LENGUAS INDÍGENAS U ORIGINARIAS**  
Iquitos, 25 de octubre al 11 de noviembre

Si no cuenta con la información solicitada en algún campo, pase al siguiente.

<b>I. DATOS GENERALES DEL POSTULANTE</b>		
<b>1</b>	Nombres	
	Apellidos	
<b>2</b>	Número de DNI	
	Fecha de emisión de DNI*	
	Fecha de nacimiento	
<b>3</b>	Edad	
<b>4</b>	Sexo	

\*Con fines de realizar la validación de la vacunación

<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		
<b>5</b>	Ciudad, comunidad y/o localidad	
<b>6</b>	Distrito	
<b>7</b>	Provincia	
<b>8</b>	Departamento (región)	

<b>LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL</b>		
<b>7</b>	Dirección	
	Ciudad, comunidad y/o localidad	
	Distrito	
	Provincia	
	Departamento (región)	

<b>DATOS DE CONTACTO</b>		
<b>8</b>	Teléfono (celular, fijo o teléfono de la comunidad, Gilat)	
<b>9</b>	Correo electrónico	

<b>CENTRO DE TRABAJO ACTUAL</b>		
<b>1</b>	Cargo (asistente legal, enfermero, docente, etc.)	
<b>2</b>	Nombre de la institución	
<b>3</b>	Dirección de la institución	



## "Año de la universalización de la salud"

4	Nombre y apellidos del jefe	
5	Cargo del jefe (director, gerente, encargado, jefe, etc.)	

II. LENGUA INDÍGENA U ORIGINARIA DEL PUEBLO AL QUE PERTENECE		
1	Lengua indígena u originaria con la que postula	
2	Lengua(s) indígena(s) u originaria(s) que habla	
3	Lengua(s) indígena(s) u originaria(s) que escribe	
4	Lengua(s) indígena(s) u originaria(s) que lee	
5	Variedad de la lengua (si desconoce la variedad, indique el departamento de procedencia)	
6	¿Conoce y usa el alfabeto oficial de su lengua elaborado por el Ministerio de Educación?	

III. FORMACIÓN ACADÉMICA				
Escriba el nombre de la institución, la especialidad o la mención, según corresponda.				
<b>IMPORTANTE: Es requisito indispensable haber culminado sus estudios secundarios, deberá adjuntar una copia de su certificado para poder completar su inscripción.</b>				
	Indique el nombre de la institución	Marque con una X según corresponda		
		Concluido	En proceso	Nombre de la carrera
1. Primaria y secundaria completa				
2. Estudios técnicos				
3. Estudios pedagógicos				
4. Estudios Universitarios				
5. Estudios de Postgrado				
6. Otros				

IV. EXPERIENCIA LABORAL RELACIONADA CON LA INTERPRETACIÓN Y LA TRADUCCIÓN	
Indique su participación como traductor, revisor, coordinador, colaborador, etc.	
<b>IMPORTANTE: Ordenar cronológicamente a partir de la actividad más reciente.</b>	



## "Año de la universalización de la salud"

Institución(es) para la(s) que ha trabajado en esta actividad	Actividad realizada o material traducido	Fecha aprox.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**VI. EXPERIENCIA LABORAL EN OTROS CAMPOS**

Puede agregar más campos en caso sea necesario.

**IMPORTANTE:** Ordenar cronológicamente a partir de la actividad más reciente.

Institución(es) para la(s) que ha trabajado en esta actividad	Actividad realizada o material traducido	Fecha aprox.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**REFERENCIAS**

Si cuenta con referencias (personas o instituciones con las que ha trabajado y que respalden su buen desempeño laboral), indique sus datos.

NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN	CARGO EN LA INSTITUCIÓN	TELÉFONO



“Año de la universalización de la salud”

**Declaro que la información proporcionada es veraz y adjunto fotocopia o escaneo de mi DNI y mi certificado de estudios secundarios, así como de los principales documentos que respaldan lo declarado en este formato.**

Nombres y apellidos:

N° de DNI:

---

FIRMA