**ANEXO Nº 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL POSTULANTE**

**SEÑORES:**

**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MONZÓN**

**ATENCIÓN: Comisión de Evaluación Proceso CAS Nº 001-2021-MDM**

Yo ………………..….…….…………………………………………… identificado(a) con DNI Nº………….…………….., de estado civil …………………. y con domicilio en

………… ……………………………………………………………………, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo conocimiento de la convocatoria para el Proceso CAS Nº 001-2021-MDM – Primera Convocatoria y deseando participar en dicho proceso, solicito se me admita como postulante al Puesto de ………………………………………….. (Nombre del puesto), en la Unidad Orgánica: ……………………………………..(Nombre de la Unidad

Orgánica).

Dejando constancia que tengo conocimiento de las Bases del Proceso a las cuales me someto para intervenir en este proceso.

Para tal efecto declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos y el perfil de puesto establecidas en las Bases, para lo cual adjunto mi Currículum documentado y las declaraciones juradas requeridas; asimismo declaro bajo juramento que los documentos que presento al presente proceso proporcionan información veraz.

Lugar y fecha: ……………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Huella Digital

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SE ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (Marcar con una**  **X)** |  |  |
| FÍSICA | (SI) | (NO) |
| AUDITIVA | (SI) | (NO) |
| VISUAL | (SI) | (NO) |
| MENTAL | (SI) | (NO) |
| **SE ADJUNTA DOCUMENTO QUE ACREDITE SER LICENCIADO DE**  **ACUERDO A LA RESOLUCIÓN PRESIDENCIAL EJECUTIVA Nº 612010-SERVIR/PE. (Marcar con una X)** |  |  |
| Licenciado de las fuerzas Armadas | (SI) | (NO) |

**ANEXO Nº 02**

**FORMATO DE CONTENIDO DE HOJA DE VIDA**

**I.** DATOS PERSONALES:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lugar |  | día mes año |
| ESTADO CIVIL: |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| NACIONALIDAD: |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente): DNI Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUC Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DOMICILIARIA (marcar con una “x” el tipo):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avenida/Calle/Jirón Nº

URBANIZACIÓN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTRITO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVINCIA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELULAR : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLEGIO PROFESIONAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGISTRO Nº : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

PERSONA CON DISCAPACIDAD: SI NO Nº\_\_\_\_\_\_ FOLIO\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, indicar el Nº de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad

LICENCIADO DE LAS FF.AA: SI NO Nº\_\_\_\_\_\_\_ FOLIO\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar fotocopia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. **ESTUDIOS REALIZADOS**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (fotocopia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO O GRADO** | **CENTRO**  **DE**  **ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE**  **EXPEDICIÓN**  **DEL TÍTULO**  **(Mes / Año)** | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº**  **FOLIO** |
| TÍTULO  PROFESIONAL  TÉCNICO O  UNIVERSITARIO |  |  |  |  |  |
| BACHILLER /  EGRESADO |  |  |  |  |  |
| ESTUDIOS  TÉCNICOS  (Computación, idiomas entre otros) |  |  |  |  |  |
| ESTUDIOS\*(Primaria / Secundaria) |  |  |  |  |  |

\* Solo rellenar si el perfil de puesto lo requiere.

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre del curso y/o estudios de**  **especialización y/o diplomado** | **Centro de estudios** | **Fecha**  **Inicio** | **Fecha Fin** | **Fecha de expedición del título**  **(mes / año)** | **Ciudad**  **/ país** | **Nº Folio** |
| 1º |  |  |  |  |  |  |  |
| 2º |  |  |  |  |  |  |  |
| 3º |  |  |  |  |  |  |  |
| 4º |  |  |  |  |  |  |  |
| 5º |  |  |  |  |  |  |  |

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la Municipalidad Distrital de Monzón tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

**APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DNI Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma Huella Digital

**ANEXO Nº 03**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Actividades o Funciones efectuadas)

Yo, …………………………………………………………………………………, identificado con D.N.I. Nº …………………, Declaro Bajo Juramento que, durante el tiempo de mi EXPERIENCIA LABORAL, la cual ha sido acreditada mediante documentos adjuntos, efectué las ACTIVIDADES o FUNCIONES siguientes:

**a) Experiencia Laboral:**

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Fecha de inicio**  **(mes/año)** | **Fecha de culminación**  **(mes/año)** | **Tiempo en el cargo** | **Nº Folio** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| **Ac tividades o funciones realizadas**: | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| **Ac tividades o funciones realizadas**: | | | | | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| **Ac tividades o funciones realizadas**: | | | | | | |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Ac tividades o funciones realizadas**: | | | | | | |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas**: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| **Ac tividades o funciones realizadas**: | | | | | | |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| **Actividades o funciones realizadas**: | | | | | | |

(Puede insertar más filas si así lo requiere).

En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerarán el período cronológico de mayor duración.

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que la Municipalidad Distrital de Monzón tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

Lugar y fecha: ……………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Huella Digital

**ANEXO Nº 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Por la presente, yo ……………..…………………………………………………………….., identificado/a con D.N.I. Nº ………………………, declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD.

Lugar y fecha: ……………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Huella Digital

**ANEXO Nº 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDA POR CONCEPTOS DE**

**ALIMENTOS**

Por la presente, yo ……………..…………………………………………………………….., identificado/a con D.N.I. Nº ………………………, declaro bajo juramento no tener deudas por concepto de alimentos ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o de acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, creado por Ley Nº 28970.

Lugar y fecha: ……………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Huella Digital

**ANEXO Nº 06**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(D.S. Nº 034-2005-PCM – NEPOTISMO)**

Por la presente, yo ……………..…………………………………………………………….., identificado/a con D.N.I. Nº ………………………, DECLARO BAJO JURAMENTO, que (marcar con un aspa “X”, según corresponda):

Cuento con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (Padre / hermano / hijo / sobrino / primo / nieto / suegro / cuñado), que laboran en la Municipalidad Distrital de Monzón, de nombres:

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

No cuento con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (Padre / hermano / hijo / sobrino / primo / nieto / suegro / cuñado), que laboran en la Municipalidad Distrital de Monzón.

Lugar y fecha: ……………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Huella Digital

**ANEXO Nº 07**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)**

Yo ……………..…………………………………………………………….., identificado/a con D.N.I. Nº ………………………, domiciliado en ………………………………… ………………………………..declaro bajo juramento que:

 No registro antecedentes policiales  No registro antecedentes penales  Gozo de buena salud.

Lugar y fecha: ……………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Huella Digital