**ANEXOS**

**ESQUELA DE POSTULACIÓN**

**DIRESA AMAZONAS**

**CONCURSO CAS N°**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**DNI:**

**PROFESIÓN:**

**LUGAR AL QUE POSTULA:**

**CARGO AL QUE POSTULA: CÓDIGO DE LA PLAZA**

**N° DE FOLIOS:**

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

**SOLICITO: INSCRIPCIÓN PARA EL CONCURSO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS – CAS N°001-2023-GR.AMAZONAS/DRSA-OEA-OGDRRHH – DIRECCION REGIONAL DE SALUD AMAZONAS**

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO **CAS N°001-2023- GR.AMAZONAS/DRSA-OEA-OGDRRHH**, DE LA DIRESA AMAZONAS

Presente.-

Yo; …………………………………………………………………………….., identificado(a) con

Documento Nacional de Identidad N° ………………………………………, con domiciliado en:

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………, ante usted con el debido respeto me

presento y expongo.

Que, enterado(a) de los requisitos y condiciones que establece el proceso de selección del Concurso CAS N°001-2023-GR.AMAZONAS/DRSA-OEA-OGDRRHH, de la DIRESA Amazonas publicada en su página Web y en la Sede Institucional, solicito a Usted mi inscripción, y por lo tanto, considéreme como postulante para el cargo de………………………………………………… y el lugar de la prestación del servicio en: ……………………………………, identificado con código de Plaza N°………………………….., para lo cual adjunto mi expediente sustentado con los requisitos que consta de …….. folios.

Y teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la comisión que Usted preside, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

Por lo antes expuesto.

Solicito a Usted, aceptar mi solicitud de acuerdo a los fundamentos que anteriormente menciono.

Chachapoyas, …… de …………………….. de 2023.

Firma del Postulante

DNI N° ……………..

**ANEXO N° 01**

**FORMATO ÚNICO DE DATOS DEL POSTULANTE**



|  |  |
| --- | --- |
| **I. DATOS PERSONALES:**Nombres y ApellidosLugar y Fecha de nacimientoEstado CivilPaísTipo de Documento de IdentidadNúmero de Documento de IdentidadRegistro Único de | ::: DNI ( ) Pasaporte( ) Carnet de Extranjería ( ): |
| ContribuyentesDirección |
| Distrito Provinc ia Depart amento |
| Número de Teléfono Número de Celular Correo electrónico Colegio Profesional Registro Nro. |
| Persona con discapacidadN° CONADIS |  |  |

Licenciado de las fuerzas armadas : SI ( ) NO ( )

**ll. ESTUDIOS REALIZADOS:**

Deberá adjuntar los documentos que sustentes lo detallado (fotocopia simple) e indicar el N° de foliocorrespondiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRADO O TÍTULO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE EXPEDICIÓNDEL TÍTULO** | **CIUDAD/PAÍS** | **N° DE FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Se puede agregar más filas en caso lo requiera

**III. CURSOS O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N° de folio

correspondiente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO** | **NOMBRE** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **FECHA DE INICIO****/ FIN** | **CIUDAD/PAÍS** | **N° DE FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(\*)Se puede agregar más filas en caso lo requiera

**IV. EXPERIENCIA LABORAL:**

**a) Experiencia Laboral General:**

Deberá adjuntar los documentos que sustenten lo informado (fotocopia simple) e indicar el N' de folio correspondiente.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** | **TIEMPO EN EL CARGO** | **FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Para el cálculo final del tiempo de experiencia se ha considerado: 1 año =365 días, 01 mes= 30 días

(\*)Se puede agregar más filas en caso lo requiera

**b) Experiencia en el área o afines:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DELA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO DESEMPEÑADO** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** | **TIEMPO EN EL CARGO** | **FOLIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Para el cálculo final del tiempo de experiencia se ha considerado: 1 año =365 días, 01 mes= 30 días

(\*)Se puede agregar más filas en caso lo requiera

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y en caso lo consideren necesario autorizo su investigación, sometiéndome a las disposiciones de verificación posterior establecidas por Ley.

**FECHA DE INSCRIPCIÓN:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Firma** | **Huella** |