



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			



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
