



Programa Nacional
Plataformas de Acción
para la Inclusión Social
PAIS

**FOTO (el
trabajador debe
pegar aqui su foto
actual)**

UNIDAD ORGÁNICA		
CARGO		

Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombres:			SEXO	
									F	M
Nacionalidad :		Fecha Nacimiento		Lugar de Nacimiento:		DNI /Carnet de Extranjeria			Edad:	
		día mes año								
Direc.: Av./ Jr./ Calle/ Block/ Carretera/ Malecon/Plaza/Parque						N°/ Km/ Mz/ Int/ Dpto/ Lote/ Sector/ Etapa		Distrito		Provincia

Teléfono casa:	_____	
Teléfono celular:	_____	
Teléfono emergencia 1	_____	Persona a contactar en caso de emergencia: _____
Teléfono emergencia 2	_____	Persona a contactar en caso de emergencia: _____

Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación: Trabajo - Estudios	Fecha Nac.	DNI / P. Nac	¿ Su esposa o conviviente e hijos menores de edad estan asegurados en EsSALUD?
Espos(a)							
Conviviente							
Hijos							
Hijos							
Hijos							
Hijos							
Hijos							
Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación: Trabajo - Estudios			
Padre							
Madre							
Hermanos							
Hermanos							
Hermanos							
Hermanos							

INFORMACION ACADEMICA**Estudios :** Marcar con una "X" la casilla correcta y completar

		Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Carrera Profesional	Grado / Nivel alcanzado
Primaria Incompleta	Primaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Técnica Incompleta	Técnica Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Universitaria Incompleta	Universitaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____

Estudios adicionales :

INGLÉS (marcar con una X su nivel de inglés):

Básico	Intermedio	Avanzado
☐	☐	☐
☐	☐	☐

OTRO IDIOMA/LENGUA (especificar):

ESCRIBE : SI ☐ NO ☐HABLA : SI ☐ NO ☐**LENGUAS NATIVAS****HABLA:**¿LENGUA ORIGINARIA Y/O MATERNA (NO INCLUYE CASTELLANO)? SI ☐ NO ☐

ESPECIFICAR TIPO DE LENGUA (ejem, Qechua, aymara, awuajun, otros): _____

¿USTED ES PROVENIENTE DE PUEBLOS ORIGINARIOS Y AFROPERUANOS? ESPECIFICAR TIPO _____

CUENTA CON ALGUNA HABILIDAD EN LENGUAJE DE SEÑAS ? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es "SI", indicar que lenguaje emplea _____

INFORMACION ACADEMICA - ESPECIALIDAD**Estudios :** Indicar estudios de Post-grado.

Estudios de Post-grado	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nivel alcanzado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EXPERIENCIA LABORAL

* Indicar los tres ultimos empleos

Institución/empresa			
Cargo			
Tiempo laborado			
Ultima remuneración (monto en soles)			
Modalidad (permanente, fijo, otros)			
Motivo de retiro (renuncia, cese, no renovacion, otros)			
Fecha de Inicio de Contrato			
Fecha de Fin de Contrato			
Jefe Inmediato			
Dirección			
Teléfono			

DATOS DE SALUD**Discapacidad:** NO ☐ SI ☐Especificar tipo de discapacidad: _____
(Adjuntar documento sustentatorio)**Alergias:**

BETALACTAMICOS	SI	NO
(Penicilina - Cefalosporinicos)	☐	☐
ANALGESICOS - ANITI-INFLAMATORIOS		
(Kerotolaco-Diclofenaco-Ibuprofeno)	☐	☐
OTRAS ALERGIAS:		

Enfermedades:

DIABETES	SI	☐	NO	☐
HIPERTENSION ARTERIAL	SI	☐	NO	☐
ASMA	SI	☐	NO	☐
EPILEPSIA	SI	☐	NO	☐

OTRAS: _____

Medicamentos:

Indique que medicamentos toma actualmente: _____

Grupo Sanguineo: _____

Registre información adicional que considere Importante en relación a su salud: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Las siguientes preguntas están orientadas a conocer si ud. tiene o ha tenido algún problema con la Justicia.

1. ¿Usted registra Antecedentes Policiales?

☐ Si

☐ No

2. ¿Ud. registra Antecedentes Penales?

☐ Si

☐ No

3. ¿Usted registra Antecedentes Judiciales?

☐ Si

☐ No

4. ¿Ud. Tiene abierto algún proceso en el Ministerio Público?

☐ Si

☐ No

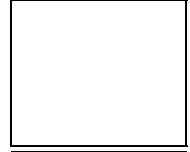
DECLARACION JURADA :

Confirmo la exactitud y la veracidad de las declaraciones, antes expresadas que nada he ocultado, omitido o simulado, siendo el único responsable de la información remitida; y autorizo a que sean investigados para los fines que el Programa convenga. Asimismo, declaro que actualmente no cuento con contrato vigente con ninguna Institución del Estado, bajo ninguna modalidad contractual. (Salvo labor docente) En caso de ejercer labor docente especificar Horario:

Apellidos y Nombres

Firma

Fecha:_____



Huella digital