



# Gobierno Regional de Ica



## ANEXO N° 02 FORMATO DE FICHA DE POSTULACIÓN (CUADRO EXCEL)

Código AIRHSP	Puesto al que postula
---------------	-----------------------

### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres			
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado civil	
Dirección Domiciliaria: Av./ Jr./ Calle/ N° / Interior	Urbanización	Distrito	
DNI/CE	N° de RUC		
Teléfono Fijo	Teléfono Celular		
Correo electrónico			

### 2. FORMACIÓN ACADÉMICA (Consigra la información académica requerida para el puesto, de ser necesario, agregue más celdas)

Nivel Educativo	Grado/Situación académica	Profesión o Especialidad	Institución Educativa	Fecha de Inicio	Fecha de Egreso	N° Folio*

IMPORTANTE: En caso de que el perfil de puesto requiera formación técnica o universitaria ES INDISPENSABLE consignar las fechas de egreso para evaluar su experiencia laboral general.

\* Sólo para la etapa de Evaluación Curricular

<b>COLEGIATURA</b>			
¿Es usted colegiado?	¿Se encuentra Habilitado?	Indique el Colegio Profesional al que se encuentra adscrito:	Indique su N° de Colegiatura: N° Folio
<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		

### 3. CURSOS O PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN (Al registrar la información comience por la más reciente, de ser necesario, agregue más celdas)

Programa/Curso Estudiado	Institución	Denominación del Curso/ Diplomado/Especialización	Cantidad de horas	N° Folio*

\* Sólo para la etapa de Evaluación Curricular

### 4. CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA

Programa	Dominio

### 5. CONOCIMIENTO EN IDIOMAS

Idioma	Dominio	N° Folio*

\* Sólo para la etapa de Evaluación Curricular

### 6. EXPERIENCIA LABORAL (De ser necesario, duplique los cuadros para incluir otras experiencias laborales)

Empresa y/o Entidad	Área/Unidad Orgánica	Sector	Puesto	Fecha de Inicio (día/mes/año)	Fecha de Fin (día/mes/año)	Tiempo Total		
						Años	Meses	Días
						0	0	0
Funciones Principales								
Motivo de retiro						N° Folio*		

Para la verificación de referencias laborales, señale la siguiente información del superior inmediato:

Apellidos y Nombres	Cargo	Teléfono
---------------------	-------	----------

### REQUISITOS ADICIONALES

¿Cuenta con la Certificación?	consigra la certificación vigente requerida en las bases si es necesario)
<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SI	( Si su respuesta es: "SI", por favor detallar)

### 7. OTROS

Persona con discapacidad (**)	N° Folio: _____	Personal Licenciado de las Fuerzas Armadas	N° Folio: _____
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	

(\*\*) El postulante puede acreditar su discapacidad mediante:  
Certificado de discapacidad emitido por hospitales o clínicas autorizadas  
Resolución o Carné del CONADIS

De ser la respuesta afirmativa indicar el tipo de discapacidad:

De ser la respuesta afirmativa señalar los ajustes razonables que requiera durante el proceso de selección:

Declaro mi voluntad de participar en el Concurso Público de Méritos N° 001-2025-GORE-ICA, Régimen Especial del D.L. 1057 - CAS y que todos los datos y/o información consignada en la presente ficha son verdaderos, en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el artículo 51° de Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado por el Decreto Supremo 004-2019-JUS; sujetándome a las acciones legales y/o administrativas que correspondan, de acuerdo a la legislación nacional vigente.

FECHA	
-------	--

FIRMA