**ANEXO N° 01**

**FORMATO RESUMEN DE HOJA DE VIDA**

***PROCESO CAS Nº \_\_\_\_ -2023/PNACP***

La información consignada en el ANEXO 01 (**FORMATO RESUMEN DE HOJA DE VIDA)**, tiene carácter de Declaración Jurada, en consecuencia, el postulante será responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad.

El **ANEXO Nº 01: FORMATO RESUMEN DE HOJA DE VIDA**, es el único documento válido para realizar la Evaluación de la Hoja de Vida. Asimismo, **el postulante deberá remitir** el **ANEXO Nº 01 en formato PDF** al correo convocatoriacas@acomerpescado.gob.pe precisando el Nº de Folios.

**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 C. Extranjería Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

 Avenida/Calle/Jirón Nº Dpto. / Int.

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

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

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

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

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CELULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**REGISTRO N°**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ 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 FUERZAS ARMADAS: SÍ 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**  | **CIUDAD / PAÍS** | **Nº FOLIO** |
| **(Día/ Mes / Año)** |
| DOCTORADO |   |   |   |   |   |
| MAESTRÍA |   |   |   |   |   |
| TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO |   |   |   |   |   |
| BACHILLER  |  |  |  |  |  |
| EGRESADO |   |   |   |   |   |
| ESTUDIOS TÉCNICOS (computación, idiomas entre otros). |   |   |   |   |   |
| ESTUDIOS(Primaria/Secundaria). | **(Solo llenar si el perfil de puesto lo requiere).** |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

**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** | **Nº de Horas** | **Fecha de expedición del titulo****(día / mes / año)** | **Ciudad / país** | **Nº Folio** |
| 1º |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2º |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3º |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4º |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **EXPERIENCIA GENERAL/ESPECIFICA**
2. **Experiencia general:**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Principales Funciones** | **Fecha de Inicio (día / mes/año)** | **Fecha de culminación (día / mes/año)** | **Tiempo en el cargo** | **Nº FOLIO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **Experiencia específica en la función o la materia:**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Principales Funciones**  | **Fecha de Inicio (día / mes/año)** | **Fecha de culminación (día / mes/año)** | **Tiempo en el cargo** | **Nº FOLIO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

1. **Experiencia en el sector público (en base a la experiencia requerida para el puesto señalada en la parte b):**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Principales Funciones**  | **Fecha de Inicio (día / mes/año)** | **Fecha de culminación (día / mes/año)** | **Tiempo en el cargo** | **Nº FOLIO** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

**(Puede insertar más filas si así lo requiere).**

Declaro, que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. Me someto a las verificaciones que el Programa Nacional “A comer Pescado” tenga a bien realizar, y a las acciones correspondientes que se deriven de ella.

**APELLIDOS Y NOMBRES:**

**DNI:**

**FECHA:**

Huella Digital

 --------------------------------

 Firma