**ANEXO N° 02**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Señor:**

Presidente de la Comisión Evaluadora para el PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL, CAS Nº 002-2023/UNJ:

Yo, ………………………………………………………………………………………., identificado con

DNI N° …………………….., con domicilio en ………………………………………………………….,

distrito de ………………………………………, provincia de …………………………………………..,

departamento de …………………………………………..

Mediante la presente solicito se me considere participar en el Proceso de selección de personal en la Modalidad de Contrato Administrativo de Servicios - CAS Nº 002-2023/UNJ:

Código de plaza:

Nombre del puesto:

N° de folios :

Para lo cual me someto a los lineamientos establecidos en las bases del presente proceso.

Adjunto mi expediente contenido en un folder manila.

Atentamente,

Jaén, ……de ……………………del 2023

Firma:…………………………………………………….....

Nombre y Apellidos:…………………………………………

DNI N°: ………………………………………………………

**ANEXO N° 03**

**FORMATO DE HOJA DE VIDA**

1. **DATOS PERSONALES:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar Día Mes Año

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (vigente):

DNI N°: PASAPORTE N°:

REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES - RUC N°:

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

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

Avenida/Calle/Jirón N° Dpto./Int.

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

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

POVINCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLEGIADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PERSONA CON DISCAPACIDAD:

Sí No N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, identificar el N° de inscripción en el registro nacional de las personas con discapacidad.

LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:

Sí No

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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título o Grado** | **Centro de Estudios** | **Especialidad** | **Fecha de Expedición del Título (Mes/Año)** | **Cuidad/País** |
| DOCTORADO |  |  |  |  |
| MAESTRÍA |  |  |  |  |
| POSTGRADO |  |  |  |  |
| DIPLOMADO |  |  |  |  |
| TÍTULO PROFESIONAL TÉCNICO O UNIVERSITARIO |  |  |  |  |
| BACHILLER/EGRESADO |  |  |  |  |
| ESTUDIOS TÉCNICOS (Computación, idiomas entre otros) |  |  |  |  |
| Educación Básica |  |  |  |  |

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustente lo informado** (fotocopia simple).

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

1. **CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre del Curso y/o Estudios de Especialización** | **Centro de Estudios** | **Fecha Inicio** | **Fecha Fin** | **Fecha de Expedición del Título (Mes/Año)** | **Ciudad/País** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

El **POSTULANTE** deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SÓLO LOS DATOS QUE SON REQUERIDOS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, en el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

1. **Experiencia laboral mínima de**………(Comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajadores que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Fecha de Inicio (Mes/Año)** | **Fecha de Culminación (Mes/Año)** | **Tiempo en el cargo** | **N° Folio** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| Descripción del trabajo realizado: | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

1. **Experiencia en el sector público mínima de** ………….(Comenzar por la más reciente).

Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes. (Puede adicionar más bloques si así lo requiere).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo desempeñado** | **Fecha de Inicio (Mes/Año)** | **Fecha de Culminación (Mes/Año)** | **Tiempo en el cargo** | **N° Folio** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| Descripción del trabajo realizado: | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

(Puede insertar más filas si así lo requiere)

En el caso de haber realizado consultorías o trabajos en forma paralela, se considerará el periodo cronológico de mayor duración.

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación. Me someto a las disposiciones de verificar posterior establecidas por Ley.

Jaén, ………… de ……………………… de 20…….

Apellidos y nombres:

DNI:

**---------------------------------**

Firma

Huella Dactilar

**ANEXO 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILIDAD VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Por la presente, yo………………………………………………………………………………………., identificado/a con DNI N° …………………….., declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD (\*)

Jaén, ………… de …………………… de 20…….

Apellidos y nombres:

DNI:

**---------------------------------**

Firma Huella Dactilar

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la **“Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD”**.En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

**ANEXO N° 05**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo …………………………………………………………………………………….., identificado/a con DNI N° …………………………………., declaro bajo juramento **No tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliado con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N° 28970.

Jaén, ………… de ……………………….. de 20…….

Apellidos y nombres:

DNI:

**---------------------------------**

Firma Huella Dactilar

**ANEXO N° 06**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(D.S. N° 034-2005-PCM-NEPOTISMO)**

**Que la Ley N° 26771**-Ley que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el Sector Público en casos de parentesco, dispone que todos los funcionarios o servidores públicos, o trabajadores de empresas del estado, que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección, se encuentren prohibidos de ejercer dicha facultad en su entidad respecto a sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio.

Conste por el presente que el (la) señor(ta) ……………………………………………….. identificado (a) con DNI N° ………………………………….con domicilio en …………………………………………. en el Distrito de ……………………………………..

**DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE (MARCAR CON UNA ASPA “X”, SEGÚN CORRESPONDA):**

Cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge:

PADRE HERMANO HIJO TIO SOBRINO

PRIMO NIETO SUEGRO CUÑADO

De nombre (s)

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

Quien(es) laboran en esta Universidad, con el (los) cargo (s) y en la Dependencia (s):

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

No cuento con pariente (s), hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge: (PADRE / HERMANO / HIJO / TIO / SOBRINO / PRIMO / NIETO / SUEGRO / CUÑADO), que laboren en esta institución.

Jaén, ………… de ……………………….. de 20…….

Apellidos y nombres:

DNI:

**-----------------------------------**

Firma

Huella Dactilar