**DATOS PERSONALES**

FOTO CARNET

# 

# CI. Nº: …………………..

Nombre/s: ………………………….

Apellido/s: ………………………….

Email:

Sexo: F \_ \_ M\_\_\_

Estado civil: …………

Fecha de nacimiento: …………

País de Nacimiento: …………...

# Departamento de Nacimiento: ………….

# 

# Ciudad de Nacimiento: …………………

# 

**DIRECCIÒN**

Ciudad: ………………… Departamento: ……………

# Calle principal: …………………….

# Lateral 1: …………………………….

# Lateral 2: …………………………….

Nº Casa:………….. Edificio: ………………………. Barrio: …………

Nº teléfono: …………… Nº celular: ……………….

**CROQUIS**

**OTROS DOCUMENTOS PERSONALES**

Registro de conducir: ………………….

Ruc: …………….

Pasaporte: ……………….

Matricula: ……………….

Documento militar: ……………………….

**OBSERVACION: …………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**MARQUE Y CompletE la información en caso de pertencecer a alguno de LOS grupos CITADOS MAS ABAJO**

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD \_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discapacidad** | **Porcentaje %** | **Causa** | **Nro. de Certificado**  **De SENADIS** | **Fecha Emisión** |
|  |  |  |  |  |

**GRUPOS ETNICOS \_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del**  **Grupo Etnico** | **Zona**  **Geográfica** | **N° de Registro**  **del INDI** |
|  |  |  |

**DATOS FAMILIARES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Parentesco** |  |
| **Nombre y Apellido** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **C.I.Nº** |  |
| **Telefono de contacto** |  |
| **Parentesco** |  |
| **Nombre y Apellido** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **C.I.Nº** |  |
| **Telefono de contacto** |  |
| **Parentesco** |  |
| **Nombre y Apellido** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **C.I.Nº** |  |
| **Telefono de contacto** |  |
| **Parentesco** |  |
| **Nombre y Apellido** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **C.I.Nº** |  |
| **Telefono de contacto** |  |

**PARENTESCO DENTRO DE LA FUNCION PÚBLICA**

Tiene conocimiento de algún familiar nombrado/contratado dentro de la función pública?

En caso afirmativo, completar los siguientes datos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parentesco** | **Nombre y Apellido** | **Cargo que Ocupa** | **Institución** |
|  |  |  |  |

**SEGURO MEDICO** (No institucional)

Cuenta con algún otro plan de seguro médico aparte del institucional?

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Prestadora de Servicio |  |
| Plan |  |

**FORMACION ACADEMICA BASE**

Indique el último nivel de estudio base alcanzado, según el listado siguiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel Estudio** | **Título/Carrera** | **Institución/Universidad** | **Estado Actual** | **Fecha de Obtención de Titulo** | **¿Cuenta con Título Habilitante para el ejercicio de la Profesión?** |
|  |  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN ACADÉMICA ADICIONAL**

Sólo en caso de contar con un nivel de estudio de postgrado

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel Estudio** | **Especialidad o Tema** | **Universidad** | **Estado Actual** | **Cuenta con Título** |
|  |  |  |  |  |

**REGISTRO DE FIRMAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Firma completa** | **Media firma** | **Huella digital** \* |

**\***Solo en caso de personas que no puedan estampar su firma por algun problema de salud o que no lo sepa hacer.

**DECLARACIÒN JURADA:**

Declaro que los datos consignados son verdaderos, confirmo la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado, siendo el unico responsable de la información remitida; y autorizo a que sean investigadas para los fines que el SENAVE convenga. Asimismo, me comprometo a presentar los documentos que me soliciten en plazo y forma.

Fecha

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

**Firma y aclaración Huella Digital(\*)**

**\***Solo en caso de personas que no puedan estampar su firma por algun problema de salud o que no lo sepa hacer.