**ANEXO Nº 09**

Foto actual

**FORMATO DE CURRICULUM VITAE/EQUIPO PROFESIONAL**

**I. DATOS PERSONALES.-**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

##### **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**:

##### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar día mes año

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

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

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

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

**DIRECCIÓN:**

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

Avenida/Calle/Jr. No. Dpto.

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

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

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

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

**TELEFONO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

### CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ ( ) NO ( )**

*En caso que la opción marcada sea* ***SÍ****, se deberá adjuntar copia simple del documento sustentatorio, emitido por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS.*

**II. FORMACIÓN ACADEMICA**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado según lo prescrito en los TdR.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Centro de Estudios** | **Especialidad** | **Año Inicio** | **Año Fin** | **Fecha de**  **Extensión del**  **Título**  **(Mes/Año)** | **Ciudad/ País** |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |  |
| **MAESTRIA** |  |  |  |  |  |  |
| **POSTGRADO** |  |  |  |  |  |  |
| **LICENCIATURA** |  |  |  |  |  |  |
| **BACHILLER** |  |  |  |  |  |  |
| **TÍTULO TÉCNICO** |  |  |  |  |  |  |
| **ESTUDIOS BÁSICOS REGULARES** |  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**Estudios complementarios: cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel**  **(cursos de especialización,**  **diplomados, seminarios, talleres, etc.)** | **Centro de Estudios** | **Tema** | **Inicio** | **Fin** | **Duración**  **(Horas)** | **Tipo de constancia** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **EXPERIENCIA DE TRABAJO**
2. **CENTRO DE TRABAJO ACTUAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la institución | IIEE | | Condición | Provincia | Región |
|  | Pública |  |  |  |  |
| Privada |  |

1. **EXPERIENCIA PROFESIONAL EN CAPACITACIÓN Y/O FORMACIÓN EN SERVICIO**

###### **Experiencia profesional acumulada que se califica \_\_\_\_\_\_\_\_años \_\_\_\_\_\_\_\_\_meses**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución o Entidad** | **Cargo Desempeñado** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de Inicio(Mes/ Año)** | **Fecha de Culminación**  **(Mes/ Año)** | **Tiempo**  **en el**  **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **EXPERIENCIA PROFESIONAL EN DOCENCIA SUPERIOR**

###### **Experiencia profesional acumulada que se califica \_\_\_\_\_\_\_\_años \_\_\_\_\_\_\_\_\_meses**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución o Entidad** | **Cargo Desempeñado** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de Inicio(Mes/ Año)** | **Fecha de Culminación**  **(Mes/ Año)** | **Tiempo**  **en el**  **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE DE AULA**

##### **Experiencia profesional acumulada que se califica \_\_\_\_\_\_\_\_años \_\_\_\_\_\_\_\_\_meses**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución o Entidad** | **Cargo Desempeñado** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de inicio (mes/ año)** | **Fecha de fin**  **(mes/ año)** | **Tiempo**  **en el**  **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **EXPERIENCIA PROFESIONAL ESPECÍFICA PARA EL CARGO AL QUE SE PRESENTA\***

###### **Experiencia profesional acumulada que se califica \_\_\_\_\_\_\_\_años \_\_\_\_\_\_\_\_\_meses**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución o Entidad** | **Cargo Desempeñado** | **Descripción del trabajo realizado/ nombre de área** | **Fecha de Inicio(Mes/ Año)** | **Fecha de Culminación**  **(Mes/ Año)** | **Tiempo**  **en el**  **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **REFERENCIAS PROFESIONALES.**

En la presente sección el candidato deberá detallar las referencias profesionales correspondientes a las dos últimas instituciones/entidades donde estuvo prestando servicios.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Referente** | **Cargo** | **Nombre de la Entidad** | **Cargo desempeñado** | **Teléfono de la Entidad** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro que los datos consignados responden a la verdad, en caso necesario, autorizo su investigación y me someto a las sanciones del caso: Ley del Procedimiento Administrativo General Nº 27444-Art.IV-1.7, 1.16 y Código Penal Cap. III-Art.411.

|  |
| --- |
|  |

Huella Digital

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

Firma del Postulante

Lima, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_