HOJA DE VIDA DEL POSTULANTE

CONVOCATORIA PÚBLICA CAS No.

SERVICIO: _____

IMPORTANTE

Esta información consignada tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es el responsable de la veracidad de la información que presenta la Oficina de Personal de la Universidad Nacional de Música podrá solicitar el sustento documental de la misma.

El postulante debe llenar el formato sin borrones ni enmendaduras con letra legible, asimismo debe ser foliado y firmado en todas sus hojas, caso contrario no será admitido.

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRES	
DNI / C.E.	
DIRECCIÓN: (CALLE, AV. – N°)	
(CIUDAD / DISTRITO)	
RUC:	
COLEGIO PROFESIONAL DE: (SI APLICA)	
REGISTRO N°	
LUGAR DEL REGISTRO	
TELÉFONO / CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO	

FORMACIÓN ACADÉMICA/GRADOS ACADÉMICOS/NIVEL DE ESTUDIOS

NOMBRE DE LA PROFESIÓN O ESTUDIO POST GRADO	NIVEL DE ESTUDIOS OBTENIDO (Primaria, Secundaria, Técnico, Universitaria, Egresado, Bachiller, Titulado, Maestría y Doctorado)	COMPLETA-INCOMPLETA	INSTITUCIÓN / UNIVERSIDAD	PERIODO

CURSOS Y/O ESTUDIOS DE CAPACITACIÓN O ESPECIALIZACIÓN

NOMBRE DEL CURSO O ESPECIALIZACIÓN	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	NÚMERO DE HORAS LECTIVAS	PERIODO

EXPERIENCIA LABORAL

INSTITUCIÓN	ACTIVIDAD O FUNCIÓN DESEMPEÑADA /¹	PERIODO (EN AÑOS)

¹Describe brevemente la principal actividad o función realizada que acredite el cumplimiento del requisito.

EXPERIENCIA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

INSTITUCIÓN	ACTIVIDAD O FUNCIÓN DESEMPEÑADA /²	PERIODO (EN AÑOS)

²Describe brevemente la principal actividad o función realizada que acredite el cumplimiento del requisito.

EXPERIENCIA LABORAL EN EL SECTOR PÚBLICO

INSTITUCIÓN	ACTIVIDAD O FUNCIÓN DESEMPEÑADA /³	PERIODO (EN AÑOS)

³Describe brevemente la principal actividad o función realizada que acredite el cumplimiento del requisito.

REFERENCIAS PROFESIONALES

En la presente sección el candidato deberá detallar las referencias profesionales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo prestando servicios

INSTITUCIÓN	NOMBRE Y PUESTO DE PERSONA QUE BRINDA REFERENCIA	CELULAR

ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS INFORMÁTICOS QUE DOMINA:

MARCA CON UN ASPA DONDE CORRESPONDA:Idioma 1: Idioma 2:

	Muy Bien	Bien	Regular
Habla	-----	-----	-----
Lee	-----	-----	-----
Escribe	-----	-----	-----

	Muy Bien	Bien	Regular
Habla	-----	-----	-----
Lee	-----	-----	-----
Escribe	-----	-----	-----

BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

(Marque con un "x" la respuesta)

PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
¿Usted es una persona licenciada de las Fuerzas Armadas y cuenta con la certificación correspondiente?		

BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD

(Marque con un "x" la respuesta)

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
¿Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente?		

Firma

Fecha