

ANEXO N°03

HOJA DE RESUMEN DE POSTULANTE

CODIGO DE AIRHSP N°

La información consignada en esta Ficha tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es responsable de la veracidad de la información que presenta.

**DECLARO: MARQUE CON UNA (X)**

1. Ser Personal con Discapacidad:      **SI (\*)**  **NO**

**(\*) En caso su respuesta sea afirmativa, completar la siguiente información, según corresponda:**

**DETALLAR N° CÓDIGO DE CONADIS**

**ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN:**

**DATOS PERSONALES**

Nombres:
Apellidos:
Edad:
DNI N°:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Estado Civil:
Dirección:
Distrito:
Provincia:
Departamento:

**DATOS DE CONTACTO:**

Teléfono Celular:
Correo electrónico:

**FORMACIÓN ACADÉMICA:**

<b>A. Estudios Universitarios o Técnicos</b>
Carrera o Programa:
Nombre de la Institución:
Año inicio:      Año fin:
Nivel académico alcanzado:
<b>N° de folio de sustento:</b>

<b>B. Colegiatura (Profesionales)</b>
Colegio Profesional / Lugar de Colegio:
N° Colegiatura:
Habilitado/a:    SI (    )      NO (    )
<b>N° de folio de sustento:</b>

<b>C.      SERUMS (Profesionales de la Salud)</b>
Resolución:
<b>N° de folio de sustento:</b>
<b>D.      ESPECIALIDAD (Profesionales de la Salud)</b>
Registro:
<b>N° de folio de sustento:</b>

**E. Estudios de Post-grado académico (uno por cada grado): Estudios /egresado /maestría /doctorado**

Nombre de la institución:
---------------------------



<b>Nombre de la institución:</b>		
<b>Unidad Orgánica / Área:</b>		
<b>Puesto / Cargo:</b>		
<b>Tiempo laborando: DESDE</b>	<b>Mes:</b>	<b>Año:</b>
<b>HASTA</b>	<b>Mes:</b>	<b>Año:</b>
<b>N° de folio de sustento:</b>		
<b>TIEMPO: AÑOS</b>	<b>MESES</b>	<b>DIAS</b>

<b>TIEMPO TOTAL EN EXPERIENCIA GENERAL:</b>	<b>AÑOS</b>	<b>MESES</b>	<b>DIAS</b>
<b>TIEMPO TOTAL EN EXPERIENCIA ESPECIFICA:</b>	<b>AÑOS</b>	<b>MESES</b>	<b>DIAS</b>

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y PODRÁ SER VERIFICADA POR LA ENTIDAD. DE ENCONTRARSE INFORMACIÓN FALSA O ADULTERADA ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LA ENTIDAD PROCEDA A MI RETIRO AUTOMÁTICO, SEA DEL PROCESO DE SELECCIÓN O DE LA ENTIDAD SI SE PRODUJO INCULACIÓN, SIN PERJUICIO DE APLICARSE LAS SANCIONES LEGALES QUE CORRESPONDAN.**

**ASIMISMO, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LEY N° 29733, LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO, APROBADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N° 003-2013-JUS, AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES PARA FINES DEL PROCESO DE SELECCIÓN EN**

**EL QUE ME ENCUENTRO PARTICIPANDO.**

Andahuaylas, \_\_de \_\_\_\_del 2026

\_\_\_\_\_

(Firma)

(Apellidos y Nombres)

(DNI)



HUELLA DACTILAR