



Municipalidad Distrital
de Miraflores
Arequipa - Peru

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

ANEXO N° 01
FORMATO DE RESUMEN CURRICULAR¹
(Con carácter de DECLARACIÓN JURADA)

PROCESO CAS N° -2020-MDM

PUESTO AL QUE POSTULA:

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	
Nombres:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	
Lugar de Nacimiento (país/región/provincia):	
Documento de Identidad:	
RUC:	
Estado Civil:	
Dirección (Av. Calle/N°/Dpto N°, Urb., distrito, provincia y región):	
Teléfono Fijo:	
Teléfono Celular:	
Correo Electrónico:	
Colegio profesional (si aplica, N° de Colegiatura y vigencia de habilitación y nombre del colegio profesional):	

II. FORMACIÓN ACADÉMICA, GRADO ACADÉMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIOS (*)

	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (**)	(MES/AÑO)		INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
			DESDE	HASTA		
DOCTOR						
MAGÍSTER						
TÍTULO UNIVERSITARIO						
BACHILLER						
TÉCNICA SUPERIOR (3-4 años)						

¹Los datos consignados en este formato deberán ser acreditados mediante fotocopia simple. Si el postulante no adjunta la documentación correspondiente será declarado como: Desaprobado.



Municipalidad Distrital
de Miraflores
Arequipa - Peru

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO (**)	(MES/AÑO)		INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
			DESDE	HASTA		
TÉCNICA BÁSICA (1-2 años)						
SECUNDARIA						
PRIMARIA						

(*) Dejar en blanco para aquello que no aplique.

(**) Si no tiene título, especificar si está en trámite, es egresado o estudio en curso.

III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O CONOCIMIENTOS (Relacionados con los requisitos del puesto)

N°	NOMBRE DEL CURSO	FECHA		INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS	NRO. HORAS
		INICIO	TÉRMINO			

IV. OTROS

	SÍ / NO	FECHA (dd/mm/aaaa)
¿Se encuentra usted Colegiado?		
¿Se encuentra usted Habilitado?		
¿Usted es una persona con Discapacidad?		
¿Usted es Licenciado de las Fuerzas Armadas?		

V. EXPERIENCIA GENERAL Y/O ESPECÍFICA

a. **Experiencia laboral general tanto en el sector público como privado** (comenzar por la más reciente, con duración mayor a un mes)

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	ÓRGANO/UNIDAD ORGANICA	CARGO/PUESTO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TÉRMINO (MES/AÑO)	TIEMPO DE EXPERIENCIA (AÑOS, MESES)



Municipalidad Distrital
de Miraflores
Arequipa - Peru

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA GENERAL (AÑOS Y MESES)						

En el caso de haber ocupado varios cargos en una misma entidad, mencionar cuáles y completar los datos respectivos.

- b. Experiencia laboral específica**, es la experiencia que el postulante posee en el tema específico de la convocatoria. Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia específica, con una duración mayor a un mes. (Puede adicional más bloques si así lo requiere).

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	ÓRGANO/UNIDAD ORGÁNICA	CARGO/PUESTO O DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TÉRMINO (MES/AÑO)
1					
<u>Breve Descripción del trabajo realizado:</u>					
2					
<u>Breve Descripción del trabajo realizado:</u>					
3					
<u>Breve Descripción del trabajo realizado:</u>					
4					



Municipalidad Distrital
de Miraflores
Arequipa - Peru

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	ÓRGANO/UNIDAD ORGÁNICA	CARGO/PUESTO O DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO (MES/AÑO)	FECHA DE TÉRMINO (MES/AÑO)
Breve Descripción del trabajo realizado:					
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA ESPECÍFICA (AÑOS)					

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es veraz y exacta y, en caso necesario, autorizo su verificación posterior.

Nombre y Apellidos:

Documento de Identidad:

Fecha:

Firma: