**ANEXO N° 01**

**FICHA DEL POSTULANTE**

**DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES**

|  |
| --- |
| 1. **DATOS LABORALES**
 |
| **CODIGO** | **NOMBRE DEL PUESTO** | **ÓRGANO** |
|  |  |  |
| **UNIDAD ORGANICA** | **JEFE DIRECTO** | **PUESTO DEL JEFE DIRECTO** |
|  |  |  |
| 1. **DATOS PERSONALES**
 |
| **DOCUMENTO DE DENTIDAD** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **GENERO** |
| DNI | CARNET DE EXTRANJERIA |  | M | F |
|  |
| **DIRECCIÓN DEL DOMICILIO** | **DISTRITO** |
|  |  |
| **PROVINCIA** | **DEPARTAMENTO** | **REFERENCIA DIRECCIÓN** |
|  |  |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO****(DD/MM/AAAA)** | **LUGAR DE NACIMIENTO****(DISTRITO/PROVINCIA/DEPARTAMENTO)** | **NACIONALIDAD** |
|  |  |  |
| **TELÉFONO DOMICILIO** | **TELEFONO CELULAR 1** | **TELEFONO CELULAR 2** | **CORREO ELECTRONICO PERSONAL** | **CORREO ELECTRONICO PERSONAL ALTERNO** |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **CONADIS** | **N° Carnet / Código** |  | **FUERZAS ARMADAS** | **N° Carnet / Código** |  |
| ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGUN TIPO DE ASISTENCIA (AJUSTE RAZONABLE), DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN |
|  |
| **DEPORTISTA CALIFICADO** | SI |  | NO |  | **DOCUMENTO QUE LO ACREDITE** |  |
| **TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO****(AA años y MM meses)** |  | **TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO****(AA años y MM meses)** |  |
| 1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**
 |
| **Nivel educativo** | **Grado académico/****Situación** | **Nombre de la carrera o especialidad/ maestría/Doctorado** | **Año** | **Centro de estudios** | **N° FOLIO** |
| **Desde** | **Hasta** |
| **Primaria** |  |  |  |  |  |  |
| **Secundaria** |  |  |  |  |  |  |
| **Técnica básica****(1 a 2 años)** |  |  |  |  |  |  |
| **Técnica Superior****(3 a 4 años)** |  |  |  |  |  |  |
| **Universitario** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Maestría** |  |  |  |  |  |  |
| **Doctorado** |  |  |  |  |  |  |
| **Otros (Especificar)** |  |  |  |  |  |  |
| 1. **COLEGIATURA**
 |
| **Colegio profesional** |  | **Numero de colegiatura** |  | **N° FOLIO** |
| **CONDICIÓN A LA FECHA** | **¿Habilitado?** | **Si** | **No** | **¿Inhabilitado?** | **Motivo:** |  |

|  |
| --- |
| **V. Estudios de Especialización (Curso, diplomado, programa de especialización)** |
| **Tipo de estudio (curso/diplomado/programa de especialización, etc)** | **Nombre de los Estudios (curso/diplomado/programa de especialización, etc)** | **Periodo de estudios****(Fecha o AAA/MM)** | **N.° de horas** | **Centro de estudios** | **N° FOLIO** |
| **Inicio** | **Fin** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **OTROS ESTUDIOS (Idiomas, herramientas informáticas)**
 |
| **IDIOMAS Y/O DIALECTOS** | **OFIMÁTICA****(Procesador de textos, hojas de cálculo, programas de presentación, otros)** |
| **Idioma o Dialecto** | **Marque con una ‘X’ el nivel alcanzado** | **N° FOLIO** | **Programa o Software** | **Marque con una ‘X’ el nivel alcanzado** | **N° FOLIO** |
| **Básico** | **intermedio** | **avanzado** |  | **Básico** | **intermedio** | **avanzado** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EXPERIENCIA LABORAL****(completar desde el último trabajo o trabajo actual)** |
| **TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO:****(Años, meses, días)** |  | **TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO:****(Años, meses, días)** |  |
| **Nombre de la Empresa/Institución** | **Sector****(Público/Privado)** | **Puesto/Cargo** | **Desde****(MM/AAAA)** | **Hasta****(MM/AAAA)** | **N° FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nombre del jefe Directo** | **Puesto/Cargo del jefe directo** | **Motivo de Cambio** | **Remuneración fija Mensual (Bruta)** |
|  |  |  |  |
| **Funciones Principales** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **REFERENCIA LABORAL** |
| **NOMBRE** |  | **PUESTO** |  | **TELEFONO/CORREO** |  |
|  |
| **Nombre de la Empresa/Institución** | **Sector****(Público/Privado)** | **Puesto/Cargo** | **Desde (MM/AAAA)** | **Hasta (MM/AAAA)** | **N° FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nombre del jefe Directo** | **Puesto/Cargo del jefe directo** | **Motivo de cambio** | **Remuneración fija Mensual (bruta)** |
|  |  |  |  |
| **Funciones Principales** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **REFERENCIA LABORAL** |
| **NOMBRE** |  | **PUESTO** |  | **TELEFONO/CORREO** |  |
|  |
| **Nombre de la Empresa/Institución** | **Sector****(Público/Privado)** | **Puesto/Cargo** | **Desde (MM/AAAA)** | **Hasta (MM/AAAA)** | **N° FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nombre del jefe Directo** | **Puesto/Cargo del jefe directo** | **Motivo de cambio** | **Remuneración fija Mensual (bruta)** |
|  |  |  |  |
| **Funciones Principales** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **REFERENCIA LABORAL** |
| **NOMBRE** |  | **PUESTO** |  | **TELEFONO/CORREO** |  |
| **Nombre de la Empresa/Institución** | **Sector****(Público/Privado)** | **Puesto/Cargo** | **Desde (MM/AAAA)** | **Hasta (MM/AAAA)** | **N° FOLIO** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Nombre del jefe Directo** | **Puesto/Cargo del jefe directo** | **Motivo de cambio** | **Remuneración fija Mensual (bruta)** |
|  |  |  |  |
| **Funciones Principales** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |
| **REFERENCIA LABORAL** |
| **NOMBRE** |  | **PUESTO** |  | **TELEFONO/CORREO** |  |

**Declaro que la información proporcionada respecto a lo requerido por el perfil del puesto es verdadera y podrá ser verificada por la entidad**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |

|  |
| --- |
|  |
| Huella Dactilar |

**Firma del/la postulante**

**ANEXO N.° 02**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Por la presente, yo ……………………………………………………...................., identificado/a con DNI Nº................................., declaro bajo juramento no tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD (\*)

Arequipa,………. del mes de………... del 2023.

|  |
| --- |
|  |
| Huella Dactilar |

 FIRMA

(\*) Mediante Resolución Ministerial 017-2007-PCM, publicado el 20 de enero de 2007, se aprobó la “Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD”. En ella se establece la obligación de realizar consulta o constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública conforme al RNSDD, respecto de los procesos de nombramiento, designación, elección, contratación laboral o de locación de servicios. Asimismo, aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del proceso de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

**ANEXO N.° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS**

Por la presente, yo ………………………………………………………………….... identificado/a con DNI……………………, declaro bajo juramento No tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por Ley N.° 28970.

Arequipa,…..… del mes de………………..….del 2023.

|  |
| --- |
|  |
| Huella Dactilar |

 FIRMA

**ANEXO N.° 04**

**DECLARACIÓN JURADA**

**(D.S. N.° 034-2005-PCM – NEPOTISMO y REGIMEN PENSIONARIO)**

Yo, …………………………………………………………………………………, identificado(a) con D.N.I. Nº……………………………y con dirección domiciliaria en……………………………………………….……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

No tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de la Municipalidad y/o personal de confianza de la Municipalidad que gozan de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el presente proceso de selección.

**REGIMEN PENSIONARIO** (marque con una equis (X) al Sistema que pertenece)

- Pertenecer al siguiente régimen pensionario:

Sistema Nacional de Pensiones

Sistema Privado de Pensiones

|  |  |
| --- | --- |
| AFP Integra |  |
| AFP Pro Futuro |  |
| AFP Habitat |  |
| AFP Prima |  |

Arequipa…………del mes de del 2023.

|  |
| --- |
|  |
| Huella Dactilar |

FIRMA

**ANEXO N.° 05**

**DECLARACION JURADA**

(Antecedentes policiales, penales y de buena salud)

Yo………………………………………………………………………………….………, identificado (a) con DNI N.°…………………………, domiciliado ……………………………………………………y habiendo sido contratado(a) por la Municipalidad Distrital de Miraflores, declaro bajo juramento que:

* No registro antecedentes policiales.
* No registro antecedentes penales.
* Gozo de buena salud.

Ratificándome en el contenido de la presente declaración, la suscribo para los fines del caso, de conformidad a lo prescrito en la Ley N.° 25035 “Ley de Simplificación Administrativa” y disposiciones legales vigentes.

Arequipa…………. del mes de………………. del 2023.

|  |
| --- |
|  |
| Huella Dactilar |

FIRMA

**ANEXO Nº 06**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR OTROS INGRESOS DEL ESTADO**

Yo,……………………………………………………………………………………,identificado con DNI N.°………..….…, con domicilio en……………………………….…………………………………………, Declaro bajo juramento que :

( ) NO PERCIBO OTRO INGRESO POR EL ESTADO

( ) SI PERCIBO OTRO INGRESO POR EL ESTADO.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42° de la Ley N.° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.

Arequipa……... del mes de……………………… del 2023.

|  |
| --- |
|  |
| Huella Dactilar |

FIRMA

**ANEXO Nº 07**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo……………………………………………………………………………………………………….……, identificado (a) con DNI N.°………………….………, domiciliado en ……………………………..……………………………………………………………, declaro bajo juramento:

|  |
| --- |
| Marque con una X la respuesta correcta: |
| * ( ) Haber sido inmunizado y/o vacunado contra la COVID-19, en el siguiente detalle:
* Primera Dosis (indicar fecha):………………………………………………………….
* Segunda Dosis (indicar fecha):……………………………………..…………………..
* Tercera Dosis (indicar fecha):……………………………………………..…….……..
 |
| * ( ) No haber sido inmunizado y/o vacunado contra la COVID-19.
 |

Firmo la presente declaración, ratificándome en su contenido y en señal de conformidad con lo indicado líneas arriba la suscribo para los fines del caso, asumiendo las responsabilidades que correspondan.

Arequipa, …………. del mes de………………. del 2023.

|  |
| --- |
|  |
| Huella Dactilar |

 FIRMA