

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN

fotografía

Este formulario está diseñado para que la persona interesada en ingresar al Ministerio de Salud, se postule a un solo cargo.

Nombre del Cargo al que postula

Ciudad / Distrito

I. DATOS GENERALES DEL POSTULANTE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Nº Registro profesional (si corresponde)

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad

Domicilio actual

CI

Expedido

Ciudad de residencia

Teléfono domicilio

Teléfono celular

Sexo

Nº de Libreta de Servicio Militar (varones)

II INFORMACIÓN SOBRE SU FORMACIÓN ACADÉMICA

II. FORMACION ACADEMICA

Universidad - Centro de Estudios

Nombre Programa de Estudios

título Obtenido

Egresado

Titulado

III. CURSOS DE ACTUALIZACION PROFESIONAL

Cursos con una duración mayor a 8 horas relacionados con el cargo al que postula*

Desde		Hasta		Universidad - Institución	Nombre del curso	Numero de Horas
Mes	Año	Mes	Año			

IV. REFERENCIA PERSONALES

Nombre y Apellido	Empresa - Institución	Cargo	Teléfono

VI. DECLARACIÓN JURADA Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

I. Declaro que cumplo con todos los requisitos establecidos por la Constitución Política del Estado y normativa vigente para acceder al desempeño de la función pública.

II. Declaro que la información que contiene el presente formulario y documentación adjunta que acredita mi formación académica, profesional y experiencia, es correcta y fidedigna, en condiciones de sustentarla cuando así se requiera o solicite

LUGAR Y FECHA

