**Procedimiento de Selección de postulantes para la terna del Presidente del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS**

**FORMULARIO 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE**SeñoresComité de Selección de postulantes para la terna del Presidente CONADISPresente.-El que se suscribe, …………………………………………………………………………………., identificado con DNI Nº ..........................., DECLARO BAJO JURAMENTO que la siguiente información se sujeta a la verdad:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos  |  |
| Domicilio actual |  |
| Correo Electrónico (Obligatorio) |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Estado Civil |  |
| RUC |  | Teléfono |  | Fax |  |

Formulo la presente Declaración Jurada en honor a la verdad, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y sus modificatorias.Asimismo, autorizo que todas las notificaciones a ser efectuadas en el marco del presente procedimiento de selección, pueden ser realizadas al correo electrónico antes señalado. Lima, ……………de……………………..de……… …………………………………….. Firma Nombres y Apellidos |

**Procedimiento de Selección de postulantes para la terna del Presidente del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS**

**FORMULARIO 2**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombres y apellidos); identificado (a) con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; mediante la presente **DECLARO** estar en aptitud de postular al cargo de Presidente/a del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS y de no tener impedimento alguno para ello:

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

1. No tener impedimento para el ejercicio de la función pública.
2. No haber sido inhabilitado para contratar con el Estado.
3. No haber sido sancionado con suspensión, destitución o despido en los últimos tres (3) años anteriores a la fecha del inicio de la presente convocatoria.
4. No tener antecedentes penales, judiciales o policiales.
5. No estar inhabilitado según el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido.
6. No estar inscrito en el Registro Nacional de Deudores Alimentarios Morosos.

Firmo la presente declaración, en el marco de lo establecido en la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General. Del mismo modo, autorizo a efectuar las acciones de comprobación de veracidad necesarias y me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por la documentación original correspondiente, en caso sea requerida. En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las sanciones establecidas en el ordenamiento jurídico vigente.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 2017

……………………………………..

 Firma

 Nombres y Apellidos

**Procedimiento de Selección de postulantes para la terna del Presidente del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS**

**FORMULARIO 3**

**FICHA RESUMEN DEL CURRICULUM VITAE**

**I. DATOS PERSONALES.-**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**:

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NACIONALIDAD:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERSONA CON DISCAPACIDAD: SÍ ( ) NO ( )**

**II. FORMACIÓN ACADEMICA**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado (copia simple).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Centro de Estudios** | **Especialidad** | **Año Inicio** | **Año Fin** | **Fecha de****Extensión del****Título****(Mes/Año)** | **Ciudad/ País** |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |  |
| **MAESTRIA** |  |  |  |  |  |  |
| **POSTGRADO** |  |  |  |  |  |  |
| **LICENCIATURA** |  |  |  |  |  |  |
| **BACHILLER** |  |  |  |  |  |  |
| **TÍTULO TÉCNICO** |  |  |  |  |  |  |
| **ESTUDIOS BÁSICOS**  |  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **Estudios complementarios: cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel****(cursos de especialización,****diplomados, seminarios, talleres, etc.)** | **Centro de Estudios** | **Tema**  | **Inicio** | **Fin** | **Duración** **(Horas)** | **Tipo de constancia** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**b) Exposiciones y/o Ponencias**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución organizadora del evento** | **Tema de la exposición o ponencia** | **Ciudad/ País** | **Fecha del evento** | **Tipo de participación****(Expositor o ponente)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**c) Publicaciones e investigaciones**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la editorial, revista o medio de difusión** | **Título de la publicación** | **Tipo de publicación****(Libro, artículo, etc.)** | **Ciudad/ País** | **Fecha de la publicación** | **Número de páginas** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **EXPERIENCIA DE TRABAJO**

###### Experiencia acumulada total: \_\_\_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Entidad o Empresa****(precisar si es Sector público o privado)** | **Cargo/Puesto** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de Inicio(Mes/ Año)** | **Fecha de Culminación****(Mes/ Año)** | **Tiempo****en el****Cargo (en meses y años)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**Declaro que la información proporcionada es veraz y, en caso necesario, autorizo su investigación.**

**\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del Postulante**

 **Nombres y apellidos**