**ANEXO N° 4**

**FICHA PERSONAL DE EL/LA PRACTICANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de Ingreso** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | | | | | **Apellido Materno** | | | | | **Nombres** | | | | | |
| M | F | |  | |  |  | | |  | |  | | | | | |
| **Sexo** | | | **Edad** | | **Estado Civil** | **Teléfono Móvil** | | | **N° DNI** | | **Correo Electrónico Personal** | | | | | |
| **Lugar y Fecha de Nacimiento** | | | |  | |  |  | |  | | | | |  | | |
| **Día** | | **Mes** | **Año** | | **Provincia** | | | | | **Departamento** | | |
| **Dirección Actual** | | | |  | | | | |  | |  | | | | | |
| **Jr./Av./Calle/Psje** | | | | | **N°/ Mz./ Lt.** | | **Urb. / AA. HH.** | | | | | |
| **Distrito** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Teléfonos de referencia** | | | |  | | | |  | |  | | | | | | |
| **Domicilio** | | | | **Otro** | | **Preguntar por** | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| **En caso de emergencia comunicar a (Nombre y Apellidos):** | | | | | | | | **Tel. / Móvil** | | **Parentesco** | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
| **DATOS FAMILIARES** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Parentesco** | | | **Nombres** | | | | **Apellidos** | | | | | | **F. Nacimiento** | | | **Vive** |
| Padre | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Madre | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Cónyuge | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Hijos/as | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |
| Hermanos/as | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |

**ÓRGANO / UNIDAD ORGÁNICA**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Dirección General/Otros** | **Dirección / Oficina** |

**ESTUDIOS TÉCNICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de** | | **Centro de Estudios** | **Especialidad** |
| **Inicio** | **Término** |
|  |  |  |  |

**ESTUDIOS SUPERIORES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de** | | **Universidad** | **Especialidad** |
| **Inicio** | **Término** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS EN ENTIDADES DEL ESTADO (en caso las haya efectuado)** | | | | |
| **Entidad Pública** | **Especialidad (según formación académica)** | **Órgano/unidad orgánica** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Término** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DISCAPACIDAD (Solo en caso lo tuviera)**

|  |
| --- |
| **Tipo de Discapacidad y N° de Carnet otorgado por CONADIS** |
|  |

Declaro que toda información proporcionada es auténtica y puede ser verificada de estimarse conveniente y que no he omitido información alguna que pudiera considerarse importante para la entidad.

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

Firma y huella dactilar del/la practicante

DNI N°