**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°