



FICHA DE DATOS DEL POSTULANTE

• Datos personales

Nombres y Apellidos		
Dirección actual		
Teléfono fijo		
Teléfono celular		
Correo electrónico		
Medio por el que se enteró de la convocatoria (marcar con un aspa)	<input type="checkbox"/>	Bolsas de trabajo
	<input type="checkbox"/>	Diario
	<input type="checkbox"/>	Portal MDPN
	<input type="checkbox"/>	Portal MTPE
	<input type="checkbox"/>	Redes sociales
	<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores



• Formación Académica

	Marque con un aspa (X)	
Título Universitario de Derecho (relacionado a las funciones del perfil del puesto).	Sí	No

Especificar:

Fecha de Egreso de la Universidad			N° de folio
Día	Mes	Año	

Especificar:

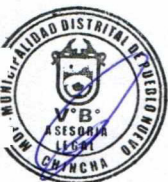
Formación Académica	Nombre de la institución	Nivel alcanzado	Profesión o especialidad	Documento de sustento	N° de folio

• Experiencia:

	Marque con un aspa (X)	
Mínimo _____ () años de experiencia en el sector público y/o privado, en ejercicio Profesional.	Sí	No
Mínimo _____ () años de experiencia como abogado, prestando servicios en entidades públicas.	Sí	No

Especificar:

Nombre de la organización (diferenciar pública de privada)	Nombre del cargo o puesto ocupado	Describe la función principal que se vincule con el perfil del puesto	Fecha de inicio dd/mm/aa	Fecha de fin dd/mm/aa	Total de tiempo	Documento de sustento	N° de folio





- Cursos y estudios de especialización (de ser el caso)

Disponer aquí el/los nombre/s del/los curso/s o curso/s de especialización demandados en el perfil del puesto.	Marque con un aspa (X) para consignar si posee, o no, el/los conocimiento/s	
	Sí	No

Especificar:

Detallar	Nombre de la institución	Año en el que realizó el curso / curso de especialización	Horas lectivas de duración	Documento de sustento	N° de folio



- Conocimientos (a evaluar durante el proceso de selección)

Disponer aquí los conocimientos demandados en el perfil del puesto.	Marque con un aspa (X) para consignar si posee, o no, el/los conocimiento/s	
	Sí	No



- Declaraciones a consignar marcando un aspa (X)

	Sí	No
¿Es usted una persona con discapacidad?		
¿Es usted licenciado/a de las Fuerzas Armadas?		



Declaro bajo juramento que la información que he proporcionado es veraz y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.

Pueblo Nuevo, _____ de _____ del año 2020.

Firma: _____

DNI: _____

