**ANEXO N° 03**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

**CONVOCATORIA PÚBLICA DE PRÁCTICAS N°**

# OBJETO DE LA PRÁCTICA:

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRES |  |
| DNI O CARNET DE EXTRANJERIA |  |
| RUC |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA |  |
| TELÉFONO CELULAR |  |
| TELÉFONO FIJO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRADO** | **CENTRO DE ESTUDIOS** | **CARRERA** | **DURACIÓN DE LA CARRERA** | **AÑO QUE CURSA ACTUALMENTE** | **FECHA APROXIMADA EN QUE CONCLUYE LA CARRERA (MES/AÑO)** |
| UNIVERSITARIO |  |  |  |  |  |
| TÉCNICO |  |  |  |  |  |

1. **CAPACITACIÓN COMPLEMENTARIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDICAR ESPECIALIZACION, DIPLOMADO, CURSO, TALLER, SEMINARIO, ETC** | **DENOMINACIÓN DE LA CAPACITACIÓN** | **DURACIÓN (HORAS)** | **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **CIUDAD/PAIS** | **DESDE – HASTA**  **(dd-mm-aaaa/**  **dd-mm-aaaa)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# PRÁCTICAS

# Detallar únicamente las prácticas en entidades del Estado en orden cronológico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTIDAD\*** | **DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES PRINCIPALES** | **DESDE (dd-mm-aaaa)** | **HASTA (dd-mm-aaaa)** | **TIEMPO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL DE PRACTICAS PRE  O PROFESIONALES  (dd-mm-aaaa)** | |  |

**\*Indicar además el Área/Dirección/unidad de organización o similar dentro de la entidad o empresa donde realizó sus prácticas.**

**CONOCIMIENTO IDIOMAS A NIVEL BÁSICO, INTERMEDIO O AVANZADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDIOMA** | **NIVEL ALCANZADO** |
| Inglés |  |
| Quechua |  |
| Otros (Especificar)  ----------------------- |  |

# CONOCIMIENTO OFIMÁTICA A NIVEL, BASICO, INTERMEDIO O AVANZADO

|  |  |
| --- | --- |
| **OFIMÁTICA** | **NIVEL ALCANZADO** |
| Word |  |
| Excel |  |
| Power Point |  |
| Otros (Especificar)  ----------------------- |  |

**TIPOS DE DISCAPACIDAD: Llenar en caso cuente con una alguna discapacidad**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO** | **SEÑALE SI O NO** |
| DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTORA: desórdenes neuromusculares o secuelas de poliomielitis o lesión medular (cuadros parapléjicos o cuadripléjicos) o perdida de algún órgano externo.  DISCAPACIDAD SENSORIAL: deficiencias visuales o de audición y problemas de comunicación y lenguaje.  DISCAPACIDAD INTELECTUAL: disminución de las funciones intelectuales superiores o retardo mental o Síndrome de Down o autismo, entre otros  DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y MENTAL: alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales  OTROS TIPOS DE DISCAPACIDAD | NO  SI  NO  SI    NO  SI  NO    NO  SI |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **AJUSTES RAZONABLES APLICABLES AL PROCESO DE SELECCIÓN** | **SEÑALE SI O NO** |
| REQUIERE QUE LAS EVALUACIONES SE EFECTUEN EN EL PRIMER PISO  REQUIERE QUE SE LE UBIQUE EN LAS PRIMERAS FILAS DEL ESPACIO FISICO DONDE SE REALIZAN LAS EVALUACIONES  REQUIERE APOYO VISUAL, GESTUAL Y ORAL PARA MEJOR COMPRENSIÓN DE LAS INSTRUCCIONES  REQUIERE UN INTERPRETE DE SEÑAS DURANTE LA EVALUACIÓN O ENTREVISTA PERSONAL, SEGÚN SEA EL CASO  REQUIERE REALIZAR SUS PREGUNTAS DE MANERA ESCRITA DURANTE SU ENTREVISTA  OTROS AJUSTES RAZONABLES QUE REQUIERA EL POSTULANTE CON DISCAPACIDAD, ESPECIFICAR: | NO  SI  NO  SI    NO  SI  NO    NO  SI  NO  SI  NO  SI |

**La información consignada en la Ficha de postulación tiene carácter de DECLARACION JURADA, siendo la/el postulante la/el única/o responsable de la información consignada en dicho documento y se somete al proceso de fiscalización que lleva a cabo la Unidad de Administración de AGROIDEAS.**

**-------------------------------------------------**

**Firma de la/el Practicante**

**DNI N°**