ANEXO N°03

HOJA DE RESUMEN DE POSTULANTE

CODIGO DE AIRHSP N° (Colocar código del perfil de puesto)

La información consignada en esta Ficha tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es responsable de la veracidad de la información que presenta.

DECLARO: MARQUE CON UNA (X)

1. Ser Personal con Discapacidad: **SI (*)** _____ **NO** _____

(*) En caso su respuesta sea afirmativa, completar la siguiente información, según corresponda:

DETALLAR N° CÓDIGO DE CONADIS

ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN:

DATOS PERSONALES

Nombres:
Apellidos:
Edad:
DNI N°:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Estado Civil:
Dirección:
Distrito:
Provincia:
Departamento:

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono Celular:
Correo electrónico:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

A. Estudios Universitarios o Técnicos	
Carrera o Programa:	
Nombre de la Institución:	
Año inicio:	Año fin:
Nivel académico alcanzado:	
N° de folio de sustento:	

B. Colegiatura (Profesionales)
Colegio Profesional / Lugar de Colegio:

N° Colegiatura:
Habilitado/a: SI ( ) NO ( )
N° de folio de sustento:

C. SERUMS (Profesionales de la Salud)
Resolución:
N° de folio de sustento:
D. ESPECIALIDAD (Profesionales de la Salud)
Registro:
N° de folio de sustento:

E. Estudios de Post-grado académico (uno por cada grado): Estudios /egresado /maestría /doctorado

Nombre de la institución:		
Año inicio:	Año fin:	
Fecha del documento que acredita el estudio: Día:	Mes:	Año:
Documento que sustenta el grado académico:		
N° de folio de sustento:		

F. Diplomados o Cursos de Especialización en los 5 últimos años (uno por cada curso):

Nombre del diplomado o curso de especialización:		
Nombre de la institución:		
Año inicio:	Año fin:	
Fecha del documento que acredita el estudio: Dia:	Mes:	Año:
Documento que sustenta el grado académico:		
N° de folio de sustento:		

G. Cursos relacionados al puesto en los 5 últimos años (uno por cada curso):

Nombre del curso:		
Nombre de la institución:		
Año inicio:	Año fin:	
Fecha del documento que acredita el estudio: Dia:	Mes:	Año:
Documento que sustenta el grado académico:		
N° de folio de sustento:		

EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL (una por cada institución)

Nombre de la institución:					
Unidad Orgánica / Área:					
Puesto / Cargo:					
Tiempo laborando: DESDE	**Mes:**	**Año:**	**HASTA**	**Mes:**	**Año:**
N° de folio de sustento:					
TIEMPO : AÑOS		**MESES**		**DIAS**	

Nombre de la institución:					
Unidad Orgánica / Área:					

Puesto / Cargo:	
Tiempo laborando: DESDE	**Mes: Año: HASTA Mes: Año:**
N° de folio de sustento:	
TIEMPO: AÑOS	**MESES DIAS**

TIEMPO TOTAL EN EXPERIENCIA GENERAL:	**AÑOS**	**MESES**	**DIAS**
TIEMPO TOTAL EN EXPERIENCIA ESPECIFICA:	**AÑOS**	**MESES**	**DIAS**

TIEMPO TOTAL DE HORAS LECTIVAS EN CAPACITACION:	**:**horas lectivas

TIEMPO TOTAL DE DOCENCIA:	**AÑOS**	**MESES**	**DIAS**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y PODRÁ SER VERIFICADA POR LA ENTIDAD. DE ENCONTRARSE INFORMACIÓN FALSA O ADULTERADA ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LA ENTIDAD PROCEDA A MI RETIRO AUTOMÁTICO, SEA DEL PROCESO DE SELECCIÓN O DE LA ENTIDAD SI SE PRODUJO INCULACIÓN, SIN PERJUICIO DE APLICARSE LAS SANCIONES LEGALES QUE CORRESPONDAN.

ASIMISMO, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LEY Nº 29733, LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO, APROBADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N° 003-2013-JUS, AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES PARA FINES DEL PROCESO DE SELECCIÓN EN
EL QUE ME ENCUENTRO PARTICIPANDO.

Andahuaylas, _____de _____del 2026

_____
(Firma)
(Apellidos y Nombres)
(DNI)

HUELLA DACTILAR