



Hospital Central de Majes "Ing. Ángel Gabriel Gallegos Chura"

Oficina de Recursos Humanos

Ficha Única de Datos Personales

Foto actualizada

NOTA IMPORTANTE: Es obligatorio el llenado de la "ficha única de datos personales", que recaba información detallada del servidor, la misma que deberá contener la misma información de su Curriculum Vitae (permitiendo una óptima y rápida evaluación), será de su entera responsabilidad del postulante si omite información (asumirá el puntaje de acuerdo a lo presentado en la ficha); y/ o consigna información falsa, caso contrario será **Descalificado Automáticamente** del presente concurso. Dicho esto, la presente tiene carácter de **Declaración Jurada**, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. En caso el postulante no le alcance las celdas para el llenado de su información, deberá agregar más celdas o anexas una hoja, y así proporcionar toda la información completa para la evaluación.

Especificar el código y plaza a la que postula.

Nº DE CODIGO:

CARGO:

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:			
DNI Nº		RUC Nº	
Fecha de nacimiento	/ /	Distrito-Provincia-Departamento	
Teléfono fijo		Teléfono móvil	
Correo electrónico personal		Grupo sanguíneo	
Enfermedades /Alergias			
En caso de emergencia contactar a:			
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia	
Estado Civil	Soltero (a) () Casado (a) () Viudo (a) () Divorciado (a) () Conviviente()		
Discapacidad	() Sí () No		
Tipo de discapacidad	() Físicas () Sensoriales () Mentales () Intelectuales		

DOMICILIO ACTUAL:

Referencia:
(Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)

DATOS FAMILIARES

Apellidos y Nombres:	Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

BONIFICACION

(ESPECIFICAR SI LE CORRESPONDE UNA DE LAS BONIFICACIONES, POR DISCAPACIDAD Y/O LICENCIADO EN LAS FUERZAS ARMADAS, Y DE SER EL CASO ACREDITAR CON COPIA DEL DOCUMENTO, QUE IRA ADJUNTADO EN SU CURRICULUM VITAE)

BONIFICACION POR DISCAPACIDAD	SI ()	NO ()
BONIFICACION POR SER LICENCIADO EN LAS FUERZAS ARMADAS	SI ()	NO ()

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS EXPRESAN LA VERDAD

Asumo las responsabilidades correspondientes ante mi empleador, por la veracidad de la presente declaración jurada.

<p>APELLIDOS Y NOMBRES: _____</p> <p>DNI N° _____ FECHA _____ / _____ / _____</p>	<p>HUELLA DIGITAL</p>

Favor completar esta información con firma en esta carilla.