

ANEXO 03

PROCESO CAS N° 0014-2012-IIAP

SOLICITUD DE POSTULANTE

Solicito ser considerado/a como postulante al Puesto de : -----

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION ESPECIAL DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA CAS N° 0014-2012-IIAP

Nombres y Apellidos:, con documento nacional de identidad N°, con domicilio en ; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo tomado conocimiento que el IIAP está realizando la Convocatoria Pública CAS N° 0009-2012-IIAP, para la cobertura del cargo mencionado en la sumilla y por reunir los requisitos exigidos, solicito ser considerado como postulante a dicho puesto.

Asimismo, en caso de resultar ganador cuento con disponibilidad inmediata para asumir las funciones del puesto.

Se adjunta la documentación requerida en las Bases del mencionado proceso.

POR LO EXPUESTO:

A usted solicito acceder a mi petición.

Lugar y Fecha:

Firma :

EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL:

(Marque con una "x" la respuesta a la pregunta y luego detalle los trabajos que sustenten este requisito mínimo)

| | | | |
|--|------------------------------------|--------------------|----|
| ¿Cuenta usted, con experiencia mínima de dos (2) años en puestos o funciones similares, relacionado con la asistencia técnica en labores de ejecución financiera de ingresos y gastos? | | SI | NO |
| INSTITUCIÓN | ACTIVIDAD O FUNCIÓN DESEMPEÑADA /1 | PERIODO (EN MESES) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1/ Describa brevemente la principal actividad o función realizada que acredite el cumplimiento del requisito.

CURSOS DE ACTUALIZACION:

| | | |
|---|----|----|
| ¿Cuenta con cursos de actualización con un mínimo de 40 horas lectivas acumuladas en los últimos 3 años, en normatividad del Sistema de Tesorería Gubernamental y Presupuesto Público, manejo del SIAF-SP y Sistema Tributario? | SI | NO |
| Describa los cursos de actualización seguidos: 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... | | |

COMPETENCIAS:

| | | |
|---|----|----|
| ¿Tiene Ud. actitud y suficiencia para trabajar bajo presión y jornadas intensas? | SI | NO |
| Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA: | | |

MANEJO DE ENTORNOS INFORMATICOS:

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene conocimiento de Office a nivel usuario, manejo de Internet, Outlook, software SIAF-SP y otros de soporte a las funciones a realizar? | SI | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|-----------------------------|---------|
| Lenguajes o programas que conoce: Marcar con X sobre el paréntesis | | |
| | | SI o NO |
| _____ Nivel _____ | Posee certificación () () | |
| _____ Nivel _____ | Posee certificación () () | |
| _____ Nivel _____ | Posee certificación () () | |
| _____ Nivel _____ | Posee certificación () () | |
| _____ Nivel _____ | Posee certificación () () | |
| _____ Nivel _____ | Posee certificación () () | |
| _____ Nivel _____ | Posee certificación () () | |

BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD:
(Marque con un "x" la respuesta)

| PERSONA CON DISCAPACIDAD | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:
(Marque con un "x" la respuesta)

| PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Usted es una persona licenciada de las Fuerzas Armadas y cuenta con la certificación correspondiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Lugar y Fecha :

.....

Firma del Postulante:

MANEJO DE ENTORNOS INFORMATICOS:

¿Tiene conocimiento de Office a nivel de usuario, manejo de Internet, Outlook, dominio del programa de SEACE y otros de soporte aplicables a las actividades a desarrollar?:

SI () ó NO ()

| | | |
|---|-------------|-----------------------------|
| Lenguajes o programas que conoce: Marcar con X sobre el paréntesis | | |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación () () |

BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD:

(Marque con un "x" la respuesta)

| PERSONA CON DISCAPACIDAD | SI | NO |
|---|----|----|
| Usted es una persona con discapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente? | | |

BONIFICACIÓN POR SER PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:

(Marque con un "x" la respuesta)

| PERSONA LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS | SI | NO |
|---|----|----|
| Usted es una persona licenciada de las Fuerzas Armadas y cuenta con la certificación correspondiente? | | |

Lugar y Fecha :

.....

Firma del Postulante: