

ANEXO 03

PROCESO CAS N° 0021-2012-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° 0021-2012-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° 0021-2012-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 :

COMPETENCIAS:

| | | |
|--|----|----|
| ¿Cuenta con actitud de iniciativa, responsabilidad, orden y metódico. Capacidad de trabajo con rigor técnico y bajo presión, y aptitud de trabajo en equipo y buen trato personal? | SI | NO |
| | | |
| Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

MANEJO DE ENTORNOS INFORMATICOS: ¿Posee dominio de Office a nivel de usuario (Windows, Internet, M-Outlook; Power Point, Excell), Base de datos y diseño gráfico?. SI () ó NO ()

| | | | | |
|---|-------------|---------------------|---------|-----|
| 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 | () | () |

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:

COMPETENCIAS:

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Cuenta con aptitud física para trabajo de campo, ser proactivo, facilidad de palabra y buen trato personal. Capacidad para trabajo en equipo y bajo presión? | SI | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA: | | |

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:

COMPETENCIAS:

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Cuenta con aptitud física y psicológica para trabajo de campo, ser proactivo, facilidad de palabras y buen trato personal. Capacidad para trabajo en equipo y bajo presión? | SI | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA: | | |

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:

COMPETENCIAS:

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Cuenta con aptitud física y psicológica para trabajo de campo, ser proactivo, facilidad de palabra y buen trato personal. Capacidad para trabajo en equipo y bajo presión? | SI | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA: | | |

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:

COMPETENCIAS:

| | | |
|--|----|----|
| ¿Cuenta con aptitud física y psicológica para trabajo de campo, ser proactivo, facilidad de palabra y buen trato personal. Capacidad para trabajo en equipo y bajo presión? | SI | NO |
| Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA: | | |

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: