

ANEXO 03

PROCESO CAS N° 0029-2012-IIAP

SOLICITUD DE POSTULANTE

Solicito ser considerado/a como postulante al Puesto de:
ESPECIALISTA EN PROYECTOS DE COOPERACION TECNICA.--

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION ESPECIAL DE LA CONVOCATORIA
PÚBLICA CAS N° 0029-2012-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° 0029-2012-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 formulación y evaluación de proyectos de cooperación técnica? | | 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 Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION:

| | | |
|---|----|----|
| ¿Cuenta con capacitación actualizada en formulación y evaluación de proyectos, con un mínimo de 40 horas lectivas acumuladas en los 3 últimos años. Y mínimo dos (2) estudios de especialización (cursos, programas, diplomaturas, etc., igual o mayor a 100 horas lectivas) en formulación y evaluación de proyectos?. | SI | NO |
| Describa los cursos o estudios de especialización, seguidos: | | |

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 Nº 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad y cuenta con la acreditación correspondiente? | | |

COMPETENCIAS:

| | | |
|--|----|----|
| ¿Tiene Ud. habilidad para comunicarse eficiente y efectivamente con los diversos actores públicos y privados que conforman la clientela de la Oficina de Cooperación Científica y Tecnológica (OCCyT). Habilidad para proponer cambios o modificaciones en los procesos, mejorando el trabajo de la OCCyT. Eficaz y eficiente para hacer presentaciones orales exponiendo sus ideas con claridad?. | SI | NO |
| | | |
| Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DOMINIO DE IDIOMAS:

Diga ud. si tiene conocimiento del idioma inglés a nivel intermedio (entiende, traduce y escribe documentos simples en inglés). Indicar a continuación los idiomas extranjeros que conoce:

| | | | |
|-------|-------------|---------------------|---------|
| | | | SI o NO |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación | () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación | () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación | () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación | () () |
| _____ | Nivel _____ | Posee certificación | () () |

MANEJO DE ENTORNOS INFORMATICOS: ¿Tiene conocimiento de Word, Excell, M-Outlook, Internet, software estadístico y otros de soporte aplicable a las actividades a realizar?
Si () ó No ()

Indique los 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 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: