

ANEXO 03

PROCESO CAS N° 0004-2013-IIAP – PRIMERA CONVOCATORIA

SOLICITUD DE POSTULANTE

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

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION ESPECIAL DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA CAS N° 0004-2013-IIAP – PRIMERA CONVOCATORIA

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° 0004-2013-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 :

ANEXO 04-A
PROCESO CAS Nº 0004-2013-IIAP
FICHA CURRICULAR



**PUESTO Nº 1: INVESTIGADOR EN SUSTANCIAS BIOACTIVAS Y PRODUCTOS
NATURALES – RESPONSABLE DEL LABORATORIO DE QUIMICA DE
PRODUCTOS NATURALES**

La información consignada en la Ficha Curricular tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es el responsable de la veracidad de la información que presenta por lo que la Comisión de Selección del IIAP podrá solicitar el sustento documental de la misma. La presente ficha curricular no debe exceder de 3 páginas.

DATOS PERSONALES:

APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRES	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA	
DNI / C.E.	
TELEFONO / CELULAR	
CORREO ELETRÓNICO	

DATOS ACADÉMICOS:

(Estudios de Pre Grado, Grados y Títulos obtenidos)

ESTUDIOS/GRADOS/TITULOS OBTENIDOS	INSTITUCIÓN / UNIVERSIDAD	PERIODO

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 tres (3) años en investigación química de productos naturales. Experiencia en métodos de investigación en plantas medicinales y sistemas integrados de gestión. Experiencia en preparación de documentos científicos?		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 Y/O DE ESPECIALIZACION:

¿Cuenta con cursos de actualización en química de productos naturales, métodos de investigación en plantas medicinales y sistemas integrados de gestión, redacción técnica científica; con un mínimo de 60 horas lectivas acumuladas en los últimos 4 años	SI	NO
Describa los cursos de actualización y especialización, con que cuenta:		
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		

COMPETENCIAS:

¿Cuenta con aptitud de trabajo en equipos multidisciplinarios?	SI	NO
Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA:		

MANEJO DE ENTORNOS INFORMATICOS: ¿Tiene conocimiento de Word, Excell, M-Outlook, Internet y software estadístico? **Si () ó No ()**

Indique los 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 () ()

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:

ANEXO 04-B

PROCESO CAS Nº 0004-2013-IIAP – PRIMERA CONVOCATORIA

FICHA CURRICULAR

FOTO
(opcional)

PUESTO Nº 2: TECNICO DE CAMPO PARA LABORATORIO DE ENTOMOLOGIA

La información consignada en la Ficha Curricular tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es el responsable de la veracidad de la información que presenta por lo que la Comisión de Selección del IIAP podrá solicitar el sustento documental de la misma. La presente ficha curricular no debe exceder de 3 páginas.

DATOS PERSONALES:

APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRES	
DIRECCIÓN DOMICILIARIA	
DNI / C.E.	
TELEFONO / CELULAR	
CORREO ELETRÓNICO	

DATOS ACADÉMICOS:

(Estudios de Pre Grado, Grados y Títulos obtenidos)

ESTUDIOS/GRADOS/TITULOS OBTENIDOS	INSTITUCIÓN / UNIVERSIDAD	PERIODO

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 un (1) año en apoyo a actividades de investigación, capacitación y difusión de proyectos; y en labores de mantenimiento de colecciones de muestras, equipos y materiales de Laboratorio?		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 Y/O DE ESPECIALIZACION:

¿Cuenta de actualización en insectos y manejo de herramientas informáticas?	SI	NO
Describa los cursos de actualización y/o especialización, seguidos en los últimos 4 años: 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10.....		

COMPETENCIAS:

¿Cuenta con aptitud de trabajo en equipos multidisciplinares?	SI	NO
Si su respuesta es SI. FUNDAMENTE SU RESPUESTA:		

MANEJO DE ENTORNOS INFORMATICOS: ¿Tiene conocimiento sobre Word, Excell, M-Outlook Internet, manejo de software para soporte en georeferenciación y estadístico?. Si () ó No ().

Indique los 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 () ()

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:

