

ANEXO 03

PROCESO CAS N° 0017-2013-IIAP – 5TA. CONVOCATORIA

SOLICITUD DE POSTULANTE

Solicito ser considerado/a como postulante al Puesto de : TECNICO DE CAMPO, para la Gerencia Regional IIAP Amazonas – Sede Condorcanqui.

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION ESPECIAL DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA CAS N° 0017-2013-IIAP – 5TA. 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° 0017-2013-IIAP – 5ta. Convocatoria, para la cobertura del cargo de TECNICO DE CAMPO para la Gerencia Regional IIAP Amazonas – Sede Condorcanqui, 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:

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

¿Cuenta usted, con experiencia de seis (6) meses, como mínimo, en actividades acuícolas con especies nativas?		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.

CAPACITACION EN ACUICULTURA Y/O ACTIVIDADES AGROPECUARIAS:

¿Cuenta con capacitación en acuicultura y/o actividades agropecuarias, con un mínimo de 5 horas lectivas?	SI	NO
Describa los cursos u otros eventos de capacitación recibidos:		
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		

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: