

**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: .....