**ANEXO N° 01**

**FORMATO DE SOLICITUD DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES**

**Señor/a**

**JEFE DE LA OFICINA DE RECURSOS HUMANOS DE PROVIAS DESCENTRALIZADO – PVD.**

**Presente.-**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con

(Nombres y Apellidos)

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

estudiante del \_\_\_\_\_\_ ciclo de la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Escuela/Facultad)

de/la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Institución de Educación Superior)

solicito realizar Prácticas Pre-Profesionales compatibles a mi formación académica.

Para lo cual se adjunta el Currículum Vitae documentado, conforme al “Concurso de Practicas

N°……………”

Lima, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del/de la solicitante**

**DNI N°……….………….**

**ANEXO N° 02**

Fotografía

**FICHA DE DATOS-CV.**

**POSTULANTE A:**

|  |  |
| --- | --- |
| Concurso de prácticas Nº |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | |
| Lugar de Nacimiento (dpto, prov, dist.) | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo  F ( ) M ( ) |
| Dirección | | Distrito / Provincia / Departamento | |
| DNI N° | Estado Civil | Teléf. Fijo | Teléf. Celular |
| Correo electrónico | | | |

**DATOS ACADÉMICOS** (Señale la especialidad y el nivel académico máximo que haya obtenido)

|  |  |
| --- | --- |
| Especialidad: | Nombre del Centro de Estudios: |
| Ciclo: | ( ) Otros (especificar) |
| Nombre y cargo del representante del Centro de Estudios: |  |
|  | Mérito obtenido:  ( ) Tercio o Quinto Superior  ( ) Quinto Superior |
|  |

**CURSOS DE CAPACITACIÓN Y/O DIPLOMADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Desde - Hasta** | **Centro de Estudios** | **Horas** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

**EXPERIENCIA LABORAL** (Las tres últimas empezando por las más reciente)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución o empresa** | **Desde - Hasta** | **Cargo** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

**CONOCIMIENTOS DE OFIMÁTICA** (Señale los programas o paquetes informáticos que maneja)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

**DATOS FAMILIARES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parentesco** | **Apellidos y Nombres** | **Fecha de Nacimiento** | **Sexo** |
| **Padre** |  |  |  |
| **Madre** |  |  |  |
| **Cónyuge o Concubino/a** |  |  |  |
| **Hijos/as** |  |  |  |

**DATOS ADICIONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Anteriormente ha participado en alguna modalidad formativa en el PVD?** | |
| ( )Programa de Prácticas Pre Profesionales | |
| Especifique el Área: | |
| **Desde:….../……./…….** | **Hasta:……./……./………** |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Tiene algún tipo de discapacidad?** | |
| **SI ( )** | **NO ( )** |
| **En caso de ser afirmativa**, señale el tipo de discapacidad.  Adjuntar certificado o carnet de discapacidad emitido por el CONADIS. | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Usted es personal Licenciado de las Fuerzas Armadas?** | |
| **SI ( )** | **NO ( )** |
| **En caso de ser afirmativa,** adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de Licenciado de las fuerzas Armadas. | |

**DECLARACIÓN JURADA**

|  |
| --- |
| De acuerdo con el artículo IV inciso 1.7 del Título Preliminar, el artículo 41 inciso 41.1.3 y el artículo 42 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, **Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son veraces**, sometiéndome a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales en que incurriría en caso de falsedad.  Lima, … de…………..… de 20….. -----------------------------------  Firma  DNI N° |

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

**Señor/a:**

**Proyecto Especial de Infraestructura de Transporte Descentralizado - PROVIAS DESCENTRALIZADO.**

**Presente.-**

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez comunicarle que el/la señor(ita/a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante del \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ciclo de nuestra casa de estudios, de la Facultad (especialidad) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desea desarrollar Prácticas Pre-Profesionales en su Institución, a fin de completar la formación recibida en nuestra institución. De acuerdo al Decreto Legislativo Nº 1401 que aprueba el Régimen Especial que Regula las Modalidades Formativas de Servicios en el Sector Público y el Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo Nº 083-2019-PCM.

Ponemos en su conocimiento que el periodo requerido por la Facultad (especialidad) para obtener el Título Profesional es de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,

…………………………………………………………..

Firma y sello

**Representante de la Institución de Educación Superior**

**ANEXO N° 03**

**PROTOCOLO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ESENCIALES**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo ……………………………………………………………………………, identificado con DNI N°………………, postulante del Concurso de Prácticas N° ……-20 -PVD; declaro bajo juramento1,

* + 1. Que me encuentro inmerso/a dentro del factor de riesgo, por presentar:

Algunas de las siguientes enfermedades diagnosticadas:

* + Hipertensión Arterial Refractaria ( )
  + Diabetes mellitus ( )
  + Enfermedades cardiovasculares graves ( )
  + Cáncer ( )
  + Obesidad con IMC de 40 a más ( )
  + Asma moderada o grave ( )
  + Enfermedad pulmonar crónica ( )
  + Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis ( )
  + Enfermedad o tratamiento inmunosupresor ( )

**El postulante deberá adjuntar el último tratamiento de forma obligatoria.**

Factor de riesgo por ser:

* + Gestante ( )

(Previa evaluación y recomendación de médico tratante)

* + 1. Que NO presento ningún factor de riesgo señalado en el numeral anterior

(Marcar con un aspa, en caso corresponda)

Lima,…... de …………….. de 20

1NOTA: En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.