


 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD		 Gerencia Regional de Salud		Unidad Ejecutora 412 Salud Viru		Foto actualizada
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD		Ficha Única de Datos				
<p>La Oficina General de Recursos Humanos solicita llenar la "Ficha de Datos Personales - CAS" que recaba información detallada del servidor, la misma que permitirá conocer su desarrollo académico y profesional para futuras acciones administrativas. La presente tiene carácter de Declaración Jurada, emitida de acuerdo al Principio de Presunción de Veracidad, previsto en numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p>						
DATOS PERSONALES						
Apellidos y Nombres:						
DNI N°		RUC N°				
Fecha de nacimiento		/ /		Distrito-Provincia-Departamento		
Teléfono fijo				Teléfono móvil		
Correo electrónico personal				Grupo sanguíneo		
Enfermedades /Alergias						
En caso de emergencia contactar a:						
Parentesco		Teléfonos del contacto de emergencia				
Estado Civil () Soltero (a) () Casado (a) () Viudo (a) () Divorciado (a) () Conviviente						
Discapacidad () Sí () No						
Tipo de discapacidad () Físicas () Sensoriales () Mentales () Intelectuales						
DOMICILIO						
Tipo de Vía (marcar con "X")						
<input type="checkbox"/> Avenida () Jirón () Calle () Pasaje () Alameda () Malecón () Óvalo <input type="checkbox"/> Parque () Plaza () Carretera () Trocha () Otros: Especificar						
Nombre de la vía :				Número :		
				Interior :		
Tipo de Zona (marcar con "X")						
<input type="checkbox"/> Urbanización () Pueblo Joven () Unidad Vecinal () Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano () Cooperativa () Residencial () Zona Industrial <input type="checkbox"/> Grupo () Caserío () Fundo () Otros especificar						
Nombre de la zona:				Número :		
				Interior :		
Ubicación geográfica:		Departamento		Provincia		
				Distrito		
Referencia: (Indicar Avenida/Calle y/o Institución cercana)						
DATOS FAMILIARES						
Apellidos y Nombres:		Fecha Nacimiento	Número de DNI	Parentesco	Institución/ Entidad en la que labora o presta servicios	
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

DATOS PROFESIONALES / ACADÉMICOS

Profesión			
Fecha de Colegiatura		Lugar de Colegiatura	
Fecha hasta la cual se encuentra habilitado	/ /	Nº de Colegiatura	

Estudios Superiores (Universitario - Técnico)

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Titulado/Bachiller Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Estudios Postgrado (Maestría - Doctorado)

Centro de Estudios	Especialidad	Inicio/Término	Nivel alcanzado (Magister/Doctorado/Egresado/Estudiante)*
		/	
		/	
		/	
		/	

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Especialización - Diplomados

Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

Cursos - Seminarios

Centro de Estudios	Materia	Año Inicio/Término	Certificación obtenida
		/	
		/	
		/	
		/	

* En caso ser estudiante indicar Ciclo / Año de estudios.

IDIOMAS

Lengua extranjera	Nivel Básico	Nivel Intermedio	Nivel Avanzado

Favor completar esta información con firma en esta carilla.

