

**Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda**

**Convocatoria CAS N° 012-2021-PATPAL-FBB**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

Señores:

**PATRONATO DEL PARQUE DE LAS LEYENDAS-FELIPE BENAVIDES BARREDA**

Atte.: *Comité de Contratación Administrativo de Servicios*

<b>SERVICIO Y/O PUESTO AL QUE POSTULA</b>	<b>GUARDAPARQUES</b>
---	----------------------

**1. DATOS PERSONALES**

31		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		
IZAGUIRRE		RIVAS		MARIO JOEL		
EDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO	
40	S	DEPARTAMENTO / PROVINCIA	DISTRITO		(DÍA)	(MES)
		CALLAO	CALLAO		31	07
					1981	
SEXO		DOCUMENTOS				
F	M	N° DNI	N° RUC	N° BREVETE	CATEGORÍA DE BREVETE	
	X	41763379		VM41763379	B II-c	
DOMICILIO ACTUAL						
DIRECCIÓN		N°/ LT/MZ	DISTRITO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	
AH NESTOR GAMBETTA ALTA		MZ-P LTE 01	CALLAO	CALLAO	CALLAO	
TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO						
FIJO		CELULAR		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		
		902 569 039		<u>alasper2006@hotmail.com</u>		



Firma



**Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda**

**IV. EXPERIENCIA**

Descripción de su experiencia laboral tanto en el Sector Público como Privado por orden cronológicos, empezando por la más reciente.

Obligatoriamente se debe consignar toda la experiencia laboral en el Sector Público.

1. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
E.T. ALBERTO PAEZ	TRANSPORTE SERV PIUBLICO MENOR	972122225	ACTUAL
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CHOFER TRIMOTO	01 FEB 2019	ACT	2 AÑOS 7 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Chofer trimotor traslado de pasajeros			
b)			
c)			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
INTERGROUP	SERVICIOS MULTIPLES		
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
OPER LIMPIEZA	03-04- 2014	02-05-2016	2 años 1 mes
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Limpieza oficinas			
b)			
c)			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a)			
b)			
c)			

(En caso de que falte espacio, sírvase consignarlo en hoja adicional)



**V. DATOS COMPLEMENTARIOS**

¿Tiene algún tipo de discapacidad?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:		
Registro CONADIS - Nro. de Carnet:		

¿Tiene antecedentes policiales, penales o judiciales?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de antecedente.		

¿Es usted Licenciado de las Fuerzas Armadas, conforme a lo dispuesto en la Resolución de Presidencia Ejecutiva No? 61-2010-SERVIR-PE?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
De ser afirmativa la respuesta, por favor adjuntar documento que acredite tal condición		

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación.

Declaración que formulo el 21 del mes de Setiembre de 2021.



(Firma)

Nota: En caso de comprobar fraude o falsedad en la Declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad procederá conforme a lo señalado en el numeral 32.3 del artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.