



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL MORROPÓN



FORMATO 01
FICHA RESUMEN CURRICULAR

Indicar Puesto que Postula(OBLIGATORIO)

DNI O CE N°:

PROCESO CAS N°: 002-2020-UGEL-M-ADM.RR. HH
PUESTO:

DECLARACIÓN JURADA

Formulo la presente Declaración Jurada, en virtud al principio de veracidad establecido por el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las responsabilidades civiles, penales y administrativas que correspondan, en caso de que mediante cualquier acción de verificación posterior se compruebe su falsedad.

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres (en mayúscula)	
Lugar de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	
Dirección Actual	
Departamento / Provincia / Distrito	
Estado Civil	
Teléfono celular	
Teléfono fijo	
Correo electrónico	
Lugar de Prestación del Servicio:	

BONIFICACIONES DE LEY:

MARQUE CON UNA EQUIS (X) DE SER EL CASO			
Bonificación por ser personal Licenciado de las Fuerzas Armadas (10 %)		Bonificación por Discapacidad (15 %)	
SI	NO	SI	NO

2. FORMACIÓN ACADÉMICA

ESPECIFICAR

FECHA DE EGRESO UNIVERSITARIO O INSTITUTO			N° de Folio
DIA	MES	AÑO	

ESPECIFICAR

FORMACIÓN ACADÉMICA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL ALCANZADO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD	MES/AÑO		AÑOS DE ESTUDIO	DOCUMENTO DE SUSTENTO	N° de Folio
				DESDE	HASTA			

3. EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECÍFICA



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL MORROPÓN



EXPERIENCIA GENERAL:

EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN	UNIDAD ORGÁNICA / ÁREA	SECTOR	CARGO / NOMBRE DEL PUESTO	DESCRIBA FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONAS AL PUESTO QUE POSTULA	FECHA DE INICIO DÍA/MES/AÑO	FECHA DE TÉRMINO DÍA/MES/AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS	DOCUMENTO DE SUSTENTO	Nº de Folio

NOTA: PUEDE AGREGAR CELDAS DE EXPERIENCIA

TOTAL DE
AÑOS DE
EXPERIENCIA

EXPERIENCIA ESPECÍFICA RELACIONADO CON EL PERFIL:

EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN	UNIDAD ORGÁNICA / ÁREA	SECTOR	CARGO / NOMBRE DEL PUESTO	DESCRIBA FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONAS AL PUESTO QUE POSTULA	FECHA DE INICIO DÍA/MES/AÑO	FECHA DE TÉRMINO DÍA/MES/AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS	DOCUMENTO DE SUSTENTO	Nº de Folio

NOTA: PUEDE AGREGAR CELDAS DE EXPERIENCIA

TOTAL, DE
AÑOS DE
EXPERIENCIA

4. CURSOS / ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

ESPECIFICAR

DETALLAR	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	AÑO QUE REALIZÓ EL CURSO/ CURSO DE ESPECIALIZACIÓN	HORAS LECTIVAS DE DURACIÓN	DOCUMENTO DE SUSTENTO	Nº de Folio

NOTA: PUEDE AGREGAR CELDAS

NOTA: PUEDE AGREGAR CELDAS

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO, ES VERAZ Y ASUMO LAS RESPONSABILIDADES Y CONSECUENCIAS LEGALES QUE ELLO PRODUZCA.

FECHA:

FIRMA

Nº DNI O CE:



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL MORROPÓN



FORMATO 02
DECLARACIÓN JURADA A

Yo,.....(Nombres y Apellidos); identificado (a) con DNI N°.....; con domicilio en; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N°; cuya denominación es.....; convocado por UGEL Morropón, a fin de participar en el proceso de selección descrito.

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

- ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
- NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO.¹
- NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN PARA CONTRATAR CON EL ESTADO O PARA DESEMPEÑAR FUNCIÓN PÚBLICA.
- NO CONTAR CON SENTENCIA CONDENATORIA CONSENTIDA Y/O EJECUTORIADA POR ALGUNOS DE LOS DELITOS PREVISTOS EN LOS ARTÍCULOS 296, 296-A PRIMER, SEGUNDO Y CUARTO PÁRRAFO; 296-B, 297, 382, 383, 384, 387, 388, 389, 393, 393-A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 Y 401 DEL CÓDIGO PENAL, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 4-A DEL DECRETO LEY N° 25475 Y LOS DELITOS PREVISTOS EN LOS ARTÍCULOS 1, 2 Y 3 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1106, O SANCIÓN ADMINISTRATIVA QUE ACARREE INHABILITACIÓN, INSCRITAS EN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES.
- CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN EL PERFIL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.

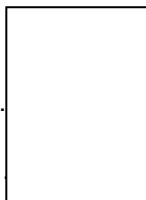
Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General y Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba T.U.O de la Ley N° 27444.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Morropón,del mes de.....del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL MORROPÓN



FORMATO 02
DECLARACIÓN JURADA B

Yo,, identificado (a) con DNI ☐

Carné de Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Otros ☐ N°

Ante usted me presento y digo:

Que, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial “El Peruano”.

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

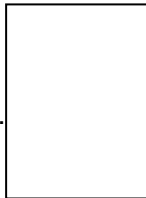
Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Morropón,del mes de..... del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL MORROPÓN



FORMATO 02
DECLARACIÓN JURADA C

Yo,..... ,
identificado(a) con DNI N°..... y con domicilio en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar antecedentes policiales y No registrar antecedentes judiciales, a nivel nacional. Asimismo, tomo conocimiento que en caso de resultar falsa la información que proporciono, autorizo a UGEL Morropón, a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente Declaración Jurada; según lo establecido en el 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 y Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba T.U.O de la Ley N° 27444.

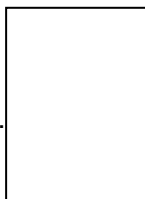
Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Morropón,del mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL MORROPÓN



FORMATO 02
DECLARACIÓN JURADA D

Yo,..... ,
identificado(a) con DNI N°..... y con domicilio en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No tener conocimiento que en UGEL Morropón, se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar a la entidad.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771, modificado por Ley N° 30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N° 017-2002-PCM y Decreto Supremo N° 034-2005-PCM. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

Asimismo, declaro que:

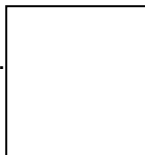
- NO () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en UGEL Morropón.
- SI () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en UGEL Morropón, cuyos datos señalo a continuación:

Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal	Área de Trabajo	Apellidos	Nombres

Morropón,del mes dedel año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UGEL MORROPÓN



DECLARACIÓN JURADA E

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES
(Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales)

Yo, _____ identificado/a con DNI _____,
participante del CAS N° _____, autorizo a UGEL Morropón, o a una entidad tercera contratada
por dicha entidad, a validar información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas.
Asimismo, brindo referencias laborales de mis últimos trabajos, verificando que los teléfonos se encuentran
actualizados:

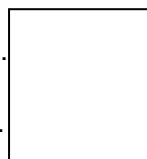
	REFERENCIA 1	REFERENCIA 2	REFERENCIA 3	REFERENCIA 4
EMPRESA / ENTIDAD				
DIRECCIÓN				
CARGO / PUESTO DEL POSTULANTE				
NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO				
TELÉFONOS				
CORREO ELECTRÓNICO				

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, concordante con el artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba T.U.O de la Ley N° 27444.

Morropón,del mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar