



HOJA DE VIDA DEL CANDIDATO

F/GTH-010 (V.01)

Declaro bajo juramento que los datos y demás información consignada en el presente documento son verdaderos y actuales, autorizando su verificación.

FOTO

DATOS GENERALES				N° DE POSTULANTE
Apellido Paterno		Apellido Materno		
Nombres		Nacionalidad		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		
Documento de Identidad:	D.N.I. <input type="checkbox"/> Carné de Extranjería <input type="checkbox"/> País:	N°:		
Estado Civil	a. Soltero <input type="checkbox"/> b. Casado <input type="checkbox"/> c. Conviviente <input type="checkbox"/> d. Divorciado <input type="checkbox"/> e. Viudo <input type="checkbox"/>			
Correo Electrónico		Teléfono		
Licencia de Conducir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de Brevete:	Fecha de Caducidad:		
Dirección Domiciliaria actual:	Jr - Av. - Calle - Pasaje		N°:	Dpto o Interior N°
Edificio / Urb. / Complejo / Zona /	Distrito	Provincia	Departamento	

II. ESTUDIOS REALIZADOS				
Título o Grado	Especialidad	Universidad - Instituto - Centro de Estudios Ciudad / País)	(Indique	Fecha de expedido el Título *
Post Grado:				
Doctorado				
Maestría				
Diplomado o Especialización				
* De no tener título, indique si el título está en trámite, es Egresado o está cursando estudios a la fecha (Indique el ciclo) _____ ↑				

Pre Grado:

Licenciatura o Título				
Bachillerato				
Estudios Técnicos				
Educación Escolar	Concluidos	Si no concluyó, indique último Grado o Año de estudios	Colegio (Indique Ciudad / País)	Año Inicio - Año de Término
Secundaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Primaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Otros Estudios:

(Idioma / Computación / otros)

--	--	--	--

III. CAPACITACIÓN EN "LOS PRINCIPIOS COOPERATIVOS Y LAS NORMAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD DE AHORRO Y CRÉDITO COOPERATIVO"			
N°	Nombre del Curso o Evento	Institución(es) Organizadora(s)	Mes - Año
1.			
2.			
3.			
4.			
Complete los datos de las capacitaciones recibidas, de la más reciente a la más antigua. Adicione más filas si lo requiere.			

IV. EXPERIENCIA LABORAL			
N°	Nombre de la Empresa o Entidad	Cargo desempeñado	Fecha de inicio Mes - Año
1.			Fecha de conclusión Mes - Año
2.			
3.			
4.			
Complete los datos de su experiencia laboral, de la más reciente a la más antigua. Adicione más filas si lo requiere.			

V. EXPERIENCIA EN COOPERATIVAS			
N°	Cargo	Nombre de Cooperativa	Fecha de inicio Fecha de Conclusión
1.			
2.			
3.			
4.			
Complete los datos de su experiencia en cooperativas, de la más reciente a la más antigua. Adicione más filas si lo requiere.			

Elaborado y suscrito en la ciudad de

Ciudad	día (dd)	mes (mm)	año (aaaa)
--------	----------	----------	------------

Firma y huella del trabajador declarante

El (la) suscrito(a), declaro que la CACSCCH ha procedido con informarme claramente sobre la finalidad que tiene los datos que he brindado en el presente documento y demás establecidas en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento aprobado mediante D.S N° 003-2013-JUS, por lo que muestro mi **CONSENTIMIENTO** para el tratamiento de mis datos personales conforme a la normativa antes señalada.

Nota: Para ser conservada por el Comité Electoral y, en su caso, exhibida a la SBS y UIF-Perú en las Visitas de Supervisión. No remitir a la SBS y UIF-Perú salvo solicitud expresa.