

## FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL SILNET

### 1. Identificación del postulante

Número de inscripción	<input type="text"/>	(Dejar en blanco)	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Día	Mes	Año

### 2. Datos personales

DNI	<input type="checkbox"/>	Documento análogo	<input type="checkbox"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombres		
Calle, Jirón, Carretera, Av.	Número	Urb. AAHH. Asoc.	Departamento	Provincia	Distrito
Dirección					
Teléfono	<input type="text"/>	Propio <input type="checkbox"/>	Comunal <input type="checkbox"/>	Movistar <input type="checkbox"/>	Nextel <input type="checkbox"/>
		Ajeno <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Claro <input type="checkbox"/>	
Persona a contactar					(En caso de ser ajeno)
Teléfono	<input type="text"/>	Propio <input type="checkbox"/>	Comunal <input type="checkbox"/>	Movistar <input type="checkbox"/>	Nextel <input type="checkbox"/>
		Ajeno <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>	Claro <input type="checkbox"/>	
Persona a contactar					(En caso de ser ajeno)
E-mail	<input type="text"/>				Fecha de nacimiento
					<input type="text"/>
					Día Mes Año
Lugar de nacimiento	Región		Provincia	Distrito	
Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	¿Es jefe de hogar?		
			Sí <input type="checkbox"/>		
			No <input type="checkbox"/>		
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Conviviente <input type="checkbox"/>
Persona con discapacidad	Sí <input type="checkbox"/>				
	NO <input type="checkbox"/>				
	Física/motora superior <input type="checkbox"/>	Física/motora inferior <input type="checkbox"/>	Sensorial visual <input type="checkbox"/>	Sensorial auditiva <input type="checkbox"/>	Intelectual <input type="checkbox"/>
					Mental <input type="checkbox"/>

### 3. Estudios realizados

Marque el máximo nivel de estudios alcanzados					
Ninguno <input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>	Superior universitaria incompleta <input type="checkbox"/>	Si marcó estudios incompletos indique el último año, grado o semestre que aprobó		
Primaria incompleta <input type="checkbox"/>	Secundaria completa <input type="checkbox"/>	Superior no universitaria incompleta <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Año <input type="checkbox"/>	
Primaria completa <input type="checkbox"/>	Superior universitaria completa <input type="checkbox"/>	Superior no universitaria completa <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Grado <input type="checkbox"/>	
				Semestre <input type="checkbox"/>	
Si tiene estudios superiores, ¿Cuál es la profesión o carrera técnica que estudia o ha estudiado?				Grado obtenido	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
Centro de estudios					
<input type="text"/>					
Mencionar los cursos más importantes que ha recibido, incluir también capacitación que lo prepare para algún trabajo.					
Nombre del curso	Duración		Año de egreso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Nombre del curso	Duración		Año de egreso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

#### 4. Conocimientos

Computación				Idiomas/Dialectos			
	Básico	Medio	Avanzado		Básico	Medio	Avanzado
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lic. de conducir <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Vehículo propio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lic. vigente de portar armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros conocimientos _____ _____
Categoría	Especifique		

#### 5. Competencias

Liderazgo <input type="checkbox"/>	Planificación y organización <input type="checkbox"/>	Trabajo en equipo <input type="checkbox"/>	Iniciativa/proactividad <input type="checkbox"/>
Capacidad para el aprendizaje <input type="checkbox"/>	Trabajo bajo presión <input type="checkbox"/>	Resolución de problemas <input type="checkbox"/>	Comunicación/fluidez verbal <input type="checkbox"/>

#### 6. Información laboral

Señale la remuneración que estaría dispuesto a percibir mensualmente  Soles

Describe su experiencia laboral

(1) Nombre de la empresa y/o negocio	A qué se dedica la empresa	Cargo que desempeñó	Inicio mes/año	Término mes/año
Principales tareas				

Describe su experiencia laboral

(2) Nombre de la empresa y/o negocio	A qué se dedica la empresa	Cargo que desempeñó	Inicio mes/año	Término mes/año
Principales tareas				

Describe su experiencia laboral

(3) Nombre de la empresa y/o negocio	A qué se dedica la empresa	Cargo que desempeñó	Inicio mes/año	Término mes/año
Principales tareas				

Ocupaciones a desempeñar (¿En qué ocupaciones se siente más capacitado?).	Código ocupacional	Experiencia	Tiempo	Act.
1.				
2.				
3.				

#### 7. Situación laboral actual

¿Hace cuánto tiempo está desempleado? \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ meses  
\_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ años

#### 8. Documentación adicional

Carné sanidad  Cert. Antec. Poli.  Certificado domiciliario

#### 9. Tipo de usuario

<b>9.1 Beneficios - Servicios/Programas/Proyectos</b> Certificado Único Laboral <input type="checkbox"/> Proyecto piloto de reinserción laboral de retornantes peruanos <input type="checkbox"/> Impulsa Perú <input type="checkbox"/> Con aprendizaje en la empresa <input type="checkbox"/> Capacitación juvenil <input type="checkbox"/> Jóvenes Productivos <input type="checkbox"/> Prácticas preprofesionales <input type="checkbox"/>	<b>9.3 Otros beneficiarios</b> Empleadas del hogar <input type="checkbox"/>
<b>9.2 Nombre del curso de capacitación laboral</b> _____ <b>Entidad capacitadora</b> _____	<b>10. Asesorado ABE</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Inicio <input type="text"/> Código programa <input type="text"/> Fin <input type="text"/> N° de convocatoria <input type="text"/>	

#### 11. Observaciones

Resultados de evaluación _____	Firma del postulante *Ley 29733, Ley de Protección de datos personales
Observaciones de la entrevista _____	
Nombre del consultor de empleo _____	