

ANEXO 01
FICHA DETALLADA DE NIVEL DE ESTUDIOS Y CONDICIÓN ESPECIAL
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL JUVENIL

Formulo la presente Declaración Jurada, en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1,7 artículo 42° de Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. El Banco de la Nación, tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones correspondientes; así como solicitar la acreditación de éstas. De omitir, ocultar o consignar información falsa, se procederá con las acciones legales que correspondan.

1. DATOS PERSONALES

Llenar el formulario, sólo si cumple con el rango de edad requerido, entre los 18 y 23 años, inclusive a la fecha de la Convocatoria (numeral 4.1.1. de las Bases)

N° Documento de Identidad				Grupo Sanguíneo	
Apellidos y nombres completos					
Correo electrónico					
Teléfono celular				Teléfono fijo	
Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	DD	MM	AAAA	Edad	
Dirección Actual Av./Psje/Jr/Calle					
	Departamento		Provincia		Distrito
¿Es madre joven con responsabilidad familiar?	Si			No	
¿Tiene discapacidad?	Sí tengo discapacidad			No tengo discapacidad	
Tipo de discapacidad	Miembros inferiores		Auditiva		Verbal
Otro tipo de discapacidad					
N° de registro de CONADIS					

2. NIVEL DE ESTUDIOS

EDUCACIÓN BÁSICA

Marque con una "X" el nivel de estudios que tiene y coloque el Centro Educativo, así como la dirección.

SECUNDARIA		CULMINADOS		INCONCLUSOS
Centro Educativo				
Dirección del Centro Educativo				
	Departamento		Provincia	
	Distrito			

3. EDUCACIÓN SUPERIOR

Marque con una "X" el nivel de estudios superiores que tiene y coloque el Centro de Educación Superior (técnica o universitaria), además de la dirección.

ESTUDIOS SUPERIORES	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
	<input type="checkbox"/>	TÉCNICOS	<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIOS
ESTADO	<input type="checkbox"/>	CULMINADOS	<input type="checkbox"/>	INCONCLUSOS
De corresponder, fecha que dejó los estudios				
Carrera profesional				
Centro de Educación Superior				
Ubicación y dirección del Centro de Educación Superior				
	Departamento	Provincia	Distrito	

4. EXPERIENCIA LABORAL:


CUENTA CON EXPERIENCIA LABORAL	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Actualmente trabaja	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Cargo				
Nombre de la Empresa				
Fecha de inicio		Fecha de fin		
Motivo de fin de trabajo				
Ubicación y dirección de la Empresa				
	Departamento	Provincia	Distrito	

CUENTA CON EXPERIENCIA LABORAL		SI		NO
Actualmente trabaja		SI		NO
Cargo				
Nombre de la Empresa				
Fecha de inicio		Fecha de fin		
Motivo de fin de trabajo				
Ubicación y dirección de la Empresa				
	Departamento	Provincia	Distrito	

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

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma
DNI
Dirección

 HUELLA DACTILAR

“Es de carácter obligatorio consignar Huella Digital”

**ANEXO 02
DECLARACIÓN JURADA
DE MODALIDADES FORMATIVAS LABORALES DEL
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL JUVENIL**

Yo, _____
identificado(a) con DNI N° _____, domiciliado en _____
_____, Distrito _____, Provincia _____,
Departamento _____ ante usted me presento y digo:

Que, declaro bajo juramento que **NO SIGO, NI SEGUIRÉ ESTUDIOS DE NIVEL SUPERIOR** durante la vigencia del Convenio de Capacitación Laboral Juvenil.

La presente Declaración manifiesta la verdad y la expreso de acuerdo a lo regulado por la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, me someto a las verificaciones que disponga la Autoridad Administrativa de Trabajo y el Banco de la Nación para corroborar la veracidad del contenido de la presente Declaración.

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma
DNI



“Es de carácter obligatorio consignar Huella Digital”

**ANEXO 03
DECLARACIÓN JURADA
DE PADECIMIENTO DE COMORBILIDADES PARA RIESGO DE COVID-19**

Apellidos y Nombres : _____
 Dirección : _____
 DNI : _____
 N° celular : _____

Mediante el presente documento, declaro bajo juramento, que antes de iniciar mi actividad formativa de manera presencial, debo comunicar al Banco de la Nación que () SI () NO pertenezco al Grupo de Riesgo ante el COVID-19, acorde al numeral III, de las bases del programa.

En tal sentido, comprendo a cabalidad que debo responder con la verdad si cuento o no, con alguna comorbilidad que me ponga en riesgo de complicaciones por el COVID-19.

Por lo expuesto, declaro bajo juramento tener conocimiento de padecer las siguientes enfermedades o condiciones:

COMORBILIDAD	SI	NO
Hipertensión arterial refractaria (no controlada)		
Enfermedades cardiovasculares graves		
Cáncer		
Diabetes Mellitus		
Asma moderada o grave		
Enfermedad pulmonar crónica		
Insuficiencia renal crónica con tratamiento con hemodiálisis		
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		
Obesidad con IMC de 40 a más		

Asimismo, comprendo a cabalidad que de omitir o falsear información puedo perjudicar mi salud, asumiendo las consecuencias que dicha omisión o falsedad puedan ocasionar en mi persona.

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

 Firma
 DNI



**ANEXO 04
DECLARACIÓN JURADA
EVALUACIÓN PSICOTÉCNICA**

Yo _____
identificado(a) con DNI N° _____, domiciliado en _____
_____, Distrito _____, Provincia _____,
Departamento _____ ante usted me presento y declaro que he realizado la
Evaluación Psicotécnica en la Plataforma Virtual <https://cap.evaluar.com> para el Programa de
Capacitación Laboral Juvenil 01-2021.

En mérito de lo expresado firmo este documento.

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma
DNI

