**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 estas. De omitir, ocultar o consignar información falsa, se procederá con las acciones legales que correspondan.

1. **DATOS PERSONALES**

Llenar el formulario, solo si cumple con el rango de edad requerido, entre los 18 y 23 años, inclusive a la fecha de la convocatoria.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° documento de identidad |  | | | | Grupo Sanguíneo | | | | | |  | |
| Apellidos y nombres |  | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico |  | | | | | | | | | | | |
| Teléfono celular o fijo |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento (Dia/Mes/Año) |  |  |  | | | Edad | | | | | |  |
| DD | MM | AAAA | | |
| **Dirección Actual**  Av./Psje/Jr/Calle |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | |
| Departamento | | | | | Provincia | | | Distrito de su domicilio | | | |
| ¿Es madre con responsabilidad familiar? |  | Si | | | | | |  | | No | | |
| ¿Tiene discapacidad? |  | Si tengo discapacidad | | | | | |  | | No tengo discapacidad | | |
| Tipo de discapacidad |  | Miembros inferiores | |  | | | Auditiva |  | | Verbal | | |
| Otro tipo de discapacidad |  | | | | | | | | | | | |
| N° de registro de CONADIS |  | | | | | | | | | | | |

1. **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 |

1. **EDUCACIÓN SUPERIOR**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIOS SUPERIORES** |  | SI | |  | NO |
|  | TÉCNICOS | |  | UNIVERSITARIOS |
| **ESTADO** |  | CULMINADOS | |  | INCONCLUSOS |
| De corresponder, fecha que dejo los estudios |  | | | | |
| Carrera profesional |  | | | | |
| Centro de educación superior |  | | | | |
| Ubicación y dirección del Centro Educativo |  | | | | |
|  | |  | |  |
| 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

**ANEXO 02**

**DECLARACIÓN JURADA**

**DE MODALIDADES FORMATIVAS**

**LABORALES DE CAPACITACIÓN LABORAL JUVENIL**

(Nombres y apellidos)

identificado (a) con DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 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 Nº 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

Dirección

**ANEXO 03**

**DECLARACIÓN JURADA**

**DE PADECIMIENTO DE COMORBILIDADES PARA RIESGO DE COVID-19**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 ( ) NO ( ) SI pertenezco al Grupo de Riesgo ante el COVID–19, acorde al numeral III, de 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.

Fecha: / / Firma:

Hora: