

I. DATOS GENERALES DEL POSTULANTE

1. Apellidos y Nombres	2. DNI/CE	3. Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
4. ¿Pertenece al grupo de riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nota: Dicha información permitirá al Programa tomar medidas de protección al postulante contra el COVID-19, durante la ejecución del proyecto.		5. ¿Está usted embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indique la semana de gestación: <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Diabetes - Enfermedades cardiovasculares (<i>problemas con el corazón y vasos sanguíneos</i>) - Asma - Enfermedad pulmonar crónica (<i>problemas con el pulmón y vías respiratorias</i>) - Insuficiencia renal crónica (<i>problemas con los riñones</i>) - Cáncer - Obesidad - Otros estados de inmunosupresión (<i>VIH, hepatitis, etc.</i>) 		6. ¿Qué seguro posee usted? Seguro Integral de Salud (SIS) <input type="checkbox"/> Seguro Social de Salud (EsSalud) <input type="checkbox"/> Seguro de Fuerzas Armadas - Policía Nacional (FFAA-PNP) <input type="checkbox"/> Seguro Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) <input type="checkbox"/> Seguro Particular <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene al menos un hijo menor de edad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		8. Nivel educativo alcanzado Sin nivel/inicial <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Técnico/superior <input type="checkbox"/>
9. Talla de indumentaria S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>		10. Talla de zapato <input type="text"/>
11. Departamento	12. Provincia	
13. Distrito	14. Centro poblado	
15. Dirección	16. Teléfono o celular	
17. Correo electrónico	18. Otro número de contacto	

II. DATOS PARA VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD DEL POSTULANTE

19. Situación laboral actual Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>	20. Escriba su fecha de nacimiento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
21. Escriba su edad <input type="text"/>	

III. IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS VULNERABLES (MARQUE CON "X" LA CASILLA SOLO SI PERTENCE A UN GRUPO VULNERABLE)

21. Víctima de violencia de género <input type="checkbox"/> El Programa Trabaja Perú derivará la información obtenida al Centro de Emergencia Mujer (CEM) del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (AURORA), a fin de velar por su seguridad.	22. Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> El Programa Trabaja Perú derivará su caso con la Oficina Municipal o Regional de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPED/OREDIS) o, si está registrado, corroborará la información con la base de datos de personas con discapacidad del Ministerio de Salud (MINSU) y del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS).
--	--

Nota: En el caso que ser una víctima del periodo de violencia de 1980 al 2000 o una persona rescatada de grupos terroristas, el Programa Trabaja Perú corroborará su información con la base de datos del ente rector correspondiente. **Ningún grupo vulnerable requerirá entregar una constancia y/o documento impreso/ fotocopiado.**

IV. COMPROMISO DEL PARTICIPANTE ELEGIDO

Al ser elegido como participante, me comprometo a: i) Usar adecuadamente los implementos de seguridad (kit de seguridad) de acuerdo a las labores que realice en la obra, ii) No realizar suplantaciones en la asistencia a la obra y iii) Promover una cultura de armonía en el servicio brindado.

V. DECLARACIÓN JURADA SOBRE INFORMACIÓN REVELADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta ficha de registro son auténticos para ser considerado elegible como participante, de acuerdo a lo establecido por el Programa TRABAJA PERÚ. En caso se compruebe la falsedad en la información que he brindado, el Programa podrá desafiarme inmediatamente durante el proceso de selección de participantes o durante la ejecución de la obra.

_____ Firma del Postulante	<input style="width: 100px; height: 100px;" type="text"/> Huella dactilar
-------------------------------	--