Organización Internacional de Derechos Indígenas Perú **OIDI PERÚ**
Indigenous Rights International Organization **IRICAS.ORG**

APPLICATION FORM
DATA DEL SOLICITANTE

Nombres		Apellidos							
Nombre indígena originario						DNI			
Fecha de Nacimiento		Edad	17	Género	Femenina	Estado Civil	Soltero		
Distrito d Nacimiento		Comunidad		Provincia	MA	Región	ZULIA	País	Venezue
Teléfono Casa		Celular		SMS	Claro	Otro celular			
e-mail 1				e-mail 2					
Página Web Personal				Blog Personal					
Teléfono de emergencia				Contacto de emergencia	7				
Dirección de Domicilio:				Distrito		Casilla Postal			
Referencia del Domicilio:									

OTROS DATOS

Nombres del Padre						Ocupación			
Nombres de la Madre						Ocupación			
¿Cuántos Hermanos?	2	¿Cuántas Hermanas?	0	¿Vive con ellos?	No	¿Con quién vive Ud.?			
Vive en Casa	Hospedaj	¿Cuántos hijos tiene?	2	¿Cuántas hijas tiene?	0	Edades de sus hijos			
¿Qué idioma peruano habla?	Ninguna			¿Qué idioma extranjero habla?	Español				
Idioma Peruano		☐ Escribe	☐ Lee	☐ Habla	☐ Traduce				
Idioma Extranjero		☐ Escribe	☐ Lee	☐ Habla	☐ Traduce				
¿Qué clase de sistemas operativos maneja?									
¿Qué programas informáticos trabaja y utiliza?									
Nombre del programa usado		Nivel	☐ Usuario	☐ Básico	☐ Medio	☐ Experto			
Nombre del programa usado		Nivel	☐ Usuario	☐ Básico	☐ Medio	☐ Experto			
Nombre del programa usado		Nivel	☐ Usuario	☐ Básico	☐ Medio	☐ Experto			
Mecanografía	Si	Taquigrafía	No	Archivo	Si	Fotocopiado	Si	Impresión	Si
Escaneado	Si	Espiralado	No	Anillado	Si	Laminado	No	Perforados	Si
Tipeo	Si	¿Cuantas palabras por minuto?	01 a 10	¿Cuántos caracteres por minuto?	50+				
¿Qué clase de dispositivos móviles maneja?									
¿Qué clase de sistema operativo móvil maneja?									

EXPERIENCIA LABORAL

EXPERIENCIA LABORAL 1

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO	
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	**Pago Final**
Motivo de Término Laboral					

EXPERIENCIA LABORAL 2

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO	
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	**Pago Final**
Motivo de Término Laboral					

EXPERIENCIA LABORAL 3

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO	
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	**Pago Final**
Motivo de Término Laboral					

EXPERIENCIA LABORAL 4

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO	
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	**Pago Final**
Motivo de Término Laboral					

EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS

EXPERIENCIA PRÁCTICA 1

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO			
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	0.00	**Pago Final**	0.00
Motivo de Término							
Responsabilidades							

EXPERIENCIA PRÁCTICA 2

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO			
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**		**Pago Final**	
Motivo de Término							
Responsabilidades							

EXPERIENCIA PRÁCTICA 3

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO			
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**		**Pago Final**	
Motivo de Término							
Responsabilidades							

EXPERIENCIA DE VOLUNTARIO

EXPERIENCIA VOLUNTARIO 1

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO	
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	**Pago Final**
Motivo de Término					
Responsabilidades					

EXPERIENCIA VOLUNTARIO 2

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO	
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	**Pago Final**
Motivo de Término					
Responsabilidades					

EXPERIENCIA VOLUNTARIO 3

CENTRO LABORAL		AREA		PUESTO	
Fecha de Inicio		**Fecha de Término**		**Pago inicial**	**Pago Final**
Motivo de Término					
Responsabilidades					

OTROS DATOS

¿Qué clase de lecturas prefiere?			
¿Qué periódicos lee?		¿Qué revistas lee?	Informativa
¿Qué hace en su tiempo libre?			
¿Pertenece a alguna asociación barrial o distrital?	No	¿Cuál?	
¿Pertenece a algún club?	No	¿Cuál?	
¿Pertenece a alguna agrupación juvenil?	No	¿Cuál?	
¿Pertenece a algún grupo religioso?	Si	¿Cuál?	
¿Pertenece a alguna agrupación universitaria?	No	¿Cuál?	

¿Qué distrito nació su abuela materna?		Provincia		Región	
¿Qué origen étnico tiene su abuela materna?	No sé	¿Qué origen étnico tiene su mamá?	Europeo		
¿Qué origen étnico tiene su papá?	No sé	¿Qué origen étnico tiene usted?	No sé		
¿Usted se considera descendiente?	Afro	¿Se considera usted indígena originario?	Indígena		
Si se considera Indígena explicar ¿Por qué?					
Si se considera Originario explicar ¿Por qué?					
Si se considera Nativo explicar ¿Por qué?					
¿A qué Nación Originaria pertenece?	No sé	¿A qué Pueblo Indígena pertenece?	No sé		
¿A qué Comunidad Nativa pertenece?					
¿A qué Comunidad Campesina pertenece?					
Si NO se considera parte de ninguno de los anteriores mencionados ¿Qué se considera?					
¿Conoce Comunidades Nativas?	Sí	¿Mencionar cuáles?			
¿Conoce Comunidades Campesinas?	No	¿Mencionar cuáles?			

¿Qué clase de músicas le gusta?		¿Qué instrumento toca?			
¿Qué deportes práctica?		¿Qué danzas tradicionales sabe bailar?			
¿Le gusta la fotografía?	Sí	¿Le gustaría aprender a tomar fotos?	Sí	¿Qué temáticas?	
¿Le gusta filmar videos?	Sí	¿Le gustaría aprender a filmar videos?	Sí		
¿Sabe editar videos para YouTube?	No	¿Sabe convertir presentaciones Power Point en videos?	No		

¿Le gusta la naturaleza?	Sí	¿Por qué?	
¿Le gusta viajar?	Sí	¿Qué ciudades conoce?	
¿Tiene disponibilidad para viajar al interior del país para trabajo de campo, comisiones, prácticas, voluntariado?	Sí		
¿Qué lugares le gustaría viajar con nosotros?			
¿Cuántos días puede viajar?	2 a 5 días	¿Necesita permiso para viajar?	No
¿Tiene Pasaporte?	Sí	¿Tiene visa para viajar al extranjero?	No
¿Qué países?			

DATA SENSIBLE

La organización se hace responsable de los datos personales que usted proporcione en este cuadro rojo. La finalidad es de preservar su salud en casos de urgencia o emergencia médica. Su información tiene carácter **CONFIDENCIAL** siendo solo de conocimiento y uso por parte del Consejo Directivo.

Si usted obvia o decide NO proporcionar los datos en este cuadro, NO podremos auxiliarle en emergencias, ni brindarle apropiada respuesta de primer auxilio. Su decisión negativa extenúa de cualquier responsabilidad administrativa y legal a nuestra organización.

¿Padece de alguna enfermedad crónica?	No	¿Cuáles?	
Si su respuesta fue sí, por favor describir breve			
¿Toma medicamentos prescritos por su doctor?	No	¿Especificar cuál?	
¿Tiene usted?	Anemia	¿Qué tipo de sangre tiene?	No sé
¿Cuenta con su control o récord de vacunas médicas?	Sí	¿Tiene su carnet de sanidad?	Sí
¿Lleva consigo medicinas de uso diario?	No	¿Describir que medicinas?	
¿Estaría dispuesto a pasar examen médico toxicológico a propuesta de OIDI PERÚ en cualquier momento?	Sí		
¿Estaría dispuesto a pasar algún examen médico a propuesta de nuestra institución?	Sí		
¿ALGUNA OTRA IMFORMACIÓN PROPORCIONADA POR USTED IMPORTANTE SOBRE SU SALUD? Detallar lineas abajo:			

SABE DE PRIMEROS AUXILIOS			
¿Auxilio de Convulsiones?	No	¿Control de Hemorragias?	Sí
¿Atención de Quemaduras?	Sí	¿Sabe RCP?	No
¿Atención de Esguince?	No	¿Respiración Artificial boca/boca?	Sí
¿Atención de shock Atoro traqueal?	Sí	¿Sabe aplicar inyecciones?	No