Universidad Nacional
Federico Villarreal

FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO

HOJA DE VIDA

I. LABOR DOCENTE

FACULTAD : TECNOLOGÍA MÉDICA

DEPARTAMENTO ACADÉMICO: TECNOLOGÍA MÉDICA

II . DATOS PERSONALES

APELLIDOS: Alvarado Avalos

NOMBRES: Graciela

FECHA DE NAC. 24 / 12 /56

TIPO DE DOCUMENTO **DNI** 06272152

C. EXTR.

N° DOC.

OTROS

DIRECCIÓN: Av Alisos 802 Carlos cueto Fernandini

DISTRITO : Los Olivos

TELEFONO: 924592402

ANEXO:

CORREO INSTITUCIONAL: gracielaalvaradoavalos@gmail.com

galvaradoa@unfv.edu.pe

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL/GRADO/TÍTULO ACADÉMICO	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER			
TÍTULO PROFESIONAL	Universidad Nacional de Cajamarca	Licenciada en Enfermería	
MAESTRÍA	Universidad Cesar Vallejo		Gestión Publica

DOCTORADO			

DESCRIPCIÓN	INSTITUCIÓN CERTIFICADORA	TIPO DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

SEGUNDA PROFESIÓN			

IV. PARTICIPACIÓN EN EVENTOS NACIONALES Ó INTERNACIONALES

V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

PUBLICACIONES Producción científica y/o publicaciones en revistas científicas			
NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN	TIPO	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	AÑO DE PUBLICACIÓN

VI. RECONOCIMIENTO Y MÉRITOS

ENTIDAD QUE EMITE LA RESOLUCIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	N° DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPINADA ES VERAZ Y TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, ME SOMETO A LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR ESTABLECIDA ENE L ARTÍCULO N° 33 DEL TUO DE LA LEY N° 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL APROBADO POR D.S. N° 006-2017-JUS Y ASUMIR LA RESPOSABILIDAD EN CASO DE ADVERTIRSE FALSEDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR:

FECHA: / /

HUELLA

……

FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRES