

## HOJA DE VIDA

### I DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	..... <u>ARUAS PAZ</u> .....
NOMBRES	:	..... <u>JOSE ADOLFO</u> .....
FACULTAD	:	..... <u>MEDICINA</u> .....
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	..... <u>MEDICINA</u> .....
TIPO DE DOCENTE	:	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	:	ORDINARIO                      CONTRATADO                      EXTRAORDINARIO
	:	DNI <input checked="" type="checkbox"/>
TIPO DE DOCUMENTO	:	C.EXTR. <input type="checkbox"/> Nº DOC. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><u>06184705</u></span>
	:	OTROS <input type="checkbox"/>
	:	

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
<u>UNIVERS. NACIONAL FEDERICO VILLARREAL</u>	<u>1986</u>	<u>2018</u>

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL/GRADO/ TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup>	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	<u>UNMSM</u>	<u>MEDICINA</u>	<u>MEDICUS HUMANA</u>
TÍTULO PROFESIONAL	<u>UNMSM</u>	<u>MEDICO CIRUJANO</u>	<u>MEDICO CIRUJANO</u>
MAESTRÍA	<u>UNFU</u>	<u>DOCENCIA UNIVERSIT</u>	<u>DOCENCIA UNIV.</u>
DOCTORADO			
SEGUNDA PROFESIÓN	<u>UNMS</u>	<u>DERMATOLOGIA</u>	<u>DERMATOLOGO</u>

<sup>1</sup> Egresado, Bachiller, Diploma, Titulado, Magister, Doctor o Nivel de estudios (semestre o ciclo académico)

#### IV. PARTICIPACIÓN EN EVENTOS NACIONALES O INTERNACIONALES

DESCRIPCIÓN	INSTITUCIÓN CERTIFICADORA	TIPO DE PARTICIPACIÓN <sup>1</sup>	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO

<sup>1</sup> Ponente, participante, otros.

#### V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

PUBLICACIONES Producción científica y/o publicaciones en revistas científicas			
NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN	TIPO <sup>1</sup>	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	AÑO DE PUBLICACIÓN

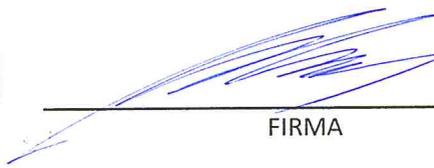
<sup>1</sup> Libro, artículo científico original, artículo breve, caso clínico, revisión sistemática, artículo de opinión, manuales.

#### 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 PROPORCIONADA ES VERAZ Y TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, ME SOMETO A LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO N° 33 DEL T.U.O. DE LA LEY N° 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL APROBADO POR D.S. N° 006 - 2017 - JUS Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD EN CASO DE ADVERTIRSE FALSEDADE DE LO DECLARADO.

LUGAR: UNFU

  
FIRMA



FECHA: 08/05/2016

ARIAS PAZ JOSE ADOLFO  
APELLIDOS Y NOMBRES

HUELLA