



HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	LOVATO SANCHEZ
NOMBRES	:	NITA GIANNINA
FACULTAD	:	TECNOLOGIA MÉDICA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	TECNOLOGIA MÉDICA
TIPO DE DOCENTE	:	<input type="checkbox"/> ORDINARIO <input checked="" type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO
TIPO DE DOCUMENTO	:	DNI <input checked="" type="checkbox"/> C. EXTR. <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> N° DOC. <u>40868567</u>

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER	01/04/2009	14/07/2018

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	GRADO	TECNOLOGÍA MÉDICA
TÍTULO PROFESIONAL	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	TITULO ACADEMICO	TECNOLOGÍA MÉDICA
MAESTRÍA	UNIVERSIDAD NACIONAL ENRIQUE GUZMAN Y VALLE	GRADO	EDUCACIÓN
DOCTORADO			
SEGUNDA PROFESIÓN			

¹ Egresado, Bachiller, Diploma, Titulado, Magister, Doctor o Nivel de estudios (semestre ó ciclo académico)

VI. RECONOCIMIENTOS 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 POSTERIORE ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO N° 33 DEL TÍTULO 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 FALSADEAD DELO DECLARADO.

LUGAR:

Lima

FECHA:

24 / 07 / 2018



FIRMA

LOVATO SÁNCHEZ NITA GIANNNA

APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA