



ANEXO Nº 01

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CONCURSO INTERNO DE MÉRITOS PARA ASCENSO Y CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL, PARA CUBRIR LAS PLAZAS VACANTES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, TÉCNICOS Y AUXILIARES ASISTENCIALES - 2020

SOLICITO: Ascenso
 Cambio de Grupo Ocupacional

Señor Presidente del Concurso Interno de Ascenso y Cambio de Grupo Ocupacional, y Concurso Público Abierto de Méritos del Hospital "María Auxiliadora".

APELLIDOS Y NOMBRES:

CARGO:..... Nivel /Categoría:.....

Domiciliado/a en:

Que, solicito ser inscrito como postulante para el concurso interno para el cargo de:
..... Nivel..... Grupo Ocupacional.....

Del Hospital María Auxiliadora, en ese sentido, adjunto los Anexos 2 y 3 en () folios para la evaluación correspondiente.

Asimismo, he actualizado mi legajo personal con los documentos correspondientes para mi evaluación curricular en el plazo establecido según cronograma

POR LO EXPUESTO:

Sírvase dar atención a la presente solicitud.

San Juan de Miraflores, de del 2020

.....
Firma del Postulante

DNI. :

Solo se puede postular a una de las opciones señaladas.



ANEXO Nº 02

DECLARACIÓN JURADA DE RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y RAZÓN DE MATRIMONIO

Señor Presidente del Concurso Interno de Ascenso y Cambio de Grupo Ocupacional y Concurso Público Abierto de Méritos del Hospital "María Auxiliadora".

Presente.-

Por el presente Yo,identificado (a) con Documento Nacional de Identidad Nº, domiciliado (a) en en virtud a lo dispuesto en la Ley 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM y sus Modificatorias, DECLARO BAJO JURAMENTO que:

SI	NO

Cuento con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y por razón de matrimonio a la fecha se encuentran prestando servicios en el Sector Salud.

De marcar la opción SI (*) consignar la siguiente información

NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO DE PARENTESCO	GRADO DE PARENTESCO, ORGANISMO, ORGANO U OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS.

(*) Parientes que trabajen en el Ministerio de Salud y todos sus órganos adscritos.

San Juan de Miraflores, de , del 2020

Firma:

Formulo la presente declaración jurada en virtud del principio de veracidad previstos en los artículos IV numeral 1.7.y 42° de la Ley Nº 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.



ANEXO Nº 03

**DECLARACION JURADA
(LEY 27444 – LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL)**

Yo,.....(Nombres y Apellidos), identificado
(a) con DNI N°, estado civilcon domicilio en
.....Departamento
.....Provincia.....-Distrito.....
....., postulante en el Concurso Interno del Hospital
María Auxiliadora, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales, conocedor (a) de mis derechos
constitucionales y en concordancia de lo previsto en el artículo 32º de la Ley de Procedimiento
Administrativo General – LEY N° 27444 **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- ✓ No registrar antecedentes penales
- ✓ No registrar antecedentes judiciales
- ✓ No registrar antecedentes policiales
- ✓ No encontrarme inhabilitado para el desempeño de la función pública.
- ✓ Tener buena salud física y mental.
- ✓ y Conocer el contenido de las Bases Administrativas que regulan el presente concurso, y someterme a ellas, sin ninguna limitación, no pudiendo observar ni su fondo ni su forma. Conocer la Ley N° 27444 Ley de Procedimiento Administrativo General, especialmente lo relacionado a la naturaleza de la Declaración Jurada, y la nulidad de los procesos administrativos, en caso de falsedad de información. En caso de comprobarse falsedad alguna en mi participación en el presente proceso, me someto a las sanciones contempladas en el Art. 427º del Código Penal. Para mayor constancia y validez, en cumplimiento de la Ley, firmo el presente documento para los fines legales pertinentes.

San Juan de Miraflores, de del 2020

Firma:
DNI. N°