



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 - 2021

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, 3 y 4 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 2021

.....
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 Nº 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 2021

.....
Firma del Postulante

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 Nº 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 Nº 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 2021

.....
Firma del Postulante
DNI. N°

ANEXO Nº 04



**DECLARACION JURADA
(LEY N° 28882 – Ley de Simplificación de la Certificación Domiciliaria)**

Yo,....., identificado (a) con DNI N°
....., en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos y de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28882 de Simplificación de la Certificación Domiciliaria, en su Artículo 1°. **DECLARO**

BAJO JURAMENTO: Que mi domicilio actual se encuentra ubicado en:

--

Realizo la presente declaración jurada manifestando que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación de lo declarado.

En Caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito contra la Fe Pública, falsificación de documentos (Artículo 427° del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV, inciso 1.7) "Principio de Presunción de veracidad" del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444 aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

San Juan de Miraflores, de del 2021

.....

Firma del Postulante
DNI. N°