**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**

**“DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO”**





**ANEXO 1**

**PROCESO DE CONCURSO DE ASCENSO DE PERSONAL ASISTENCIAL DE LA UNIDAD EJECUTORA N° 413 – HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO”**

**SEGUNDA CONVOCATORIA**

**ASUNTO: SOLICITO INSCRIPCION EN EL PROCESO DE CONCURSO DE ASCENSO DE PERSONAL ASISTENCIAL.**

**Señor:**

**PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO DE PROVISION INTERNA.**

Yo, ……………………………………………………………………………………. identificado/a con DNI N°………………………servidor(a) de carrera con el cargo de …………………………….……………(que actualmente ocupa), nivel…….…(que corresponda), del…………………. (órgano o unidad orgánica), con el debido respeto me presento y expongo:

De conformidad con las Bases del Concurso Interno de Ascenso y dentro del plazo que establece el Cronograma del citado Concurso, solicito a usted se sirva admitir mi postulación al cargo de…………………………….……….. (***indicar el cargo al que postula***), Nivel remunerativo \_\_\_\_\_, código \_\_\_\_\_\_\_ en el Concurso Interno de Ascenso y Cambio de Grupo Ocupacional de la Unidad Ejecutora 413 – Hospital Regional de Medicina Tropical “Dr. Julio Cesar Demarini Caro” de la Dirección Regional de Salud de Junín, para lo cual informo que he actualizado mi legajo personal.

Asimismo, declaro bajo juramento que tengo conocimiento del contenido de las disposiciones y procedimientos previstos en las citadas bases, a las cual me someto plenamente.

La Merced, de 2022

Firma:……………………………

DNI. : ……………………………

Huella Digital

**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**

**“DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO”**





**ANEXO 3**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE CONSANGUINIDAD, MATRIMONIO Y AFINIDAD**

Señor:

**PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO DE PROVISION INTERNA.**

Presente. -

Yo,……………………………………………………………………………..………… Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N° ………………….…………, Domiciliado(a) en: ……………………………………….…………………………..; en virtud a lo dispuesto en la Ley N°26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°021-2000-PCM y sus modificaciones;

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, que:

**NO** tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, nieto, suegro, cuñado) con funcionarios y/o personal de confianza del Ministerio de Salud, que tengan la facultad de designar, nombrar o contratar personal o tengan injerencia directa o indirecta en el presente concurso.

**SI** tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **ORGANISMO ORGANO U OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49°y 51°del Decreto Supremo N°004-2019-JUS — Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General

La Merced, de 2022

Firma:………………………………………………………………

DNI. : ………………………………………………………………

Huella Digital

**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**

**“DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO”**





**ANEXO 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICALES NI JUDICIALES**

Señor:

**PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO DE PROVISION INTERNA.**

Presente. -

Yo,……………………………………..…………………………….…(Nombres y Apellidos), identificado (a) con DNI Nº……….………, estado civil…………….. con domicilio en,…………..………………..........................................….Distrito……………………, Provincia……..……………………, Departamento ……………………………………,

**DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:**

NO registrar Antecedentes Penales

NO registrar Antecedentes Judiciales

NO registrar Antecedentes Policiales

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49°y 51°del Decreto Supremo N°004-2019-JUS — Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

La Merced, de 2022

Firma:…………………………………………

DNI. : …………………………………………

Huella Digital

**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**

**“DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO”**





**ANEXO 5**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSDD**

Señor:

**PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO DE PROVISION INTERNA.**

Presente. -

Yo,……………………………………………………………………….(Nombres y Apellidos), identificado (a) con DNI N°……..…………, estado civil…….………, con domicilio en,…………………………………………….…………… Distrito……………………, Provincia ……………………, Departamento …………………………………………,

**DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO - RNSSD.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49°y 51°del Decreto Supremo N°004-2019-JUS — Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

La Merced, de 2022

Firma:……………………………………………

DNI. : …………………..………………………

Huella Digital

**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL**

**“DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO”**





**ANEXO 6**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ENCONTRARSE EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM**

Señor:

**PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO DE PROVISION INTERNA.**

Presente. -

Yo,………………………………………………………………………(Nombres y Apellidos), identificado (a) con DNI N°……………, estado civil………………….. con domicilio en,……………………………………………..……….. Distrito………………………, Provincia ……………………, Departamento …………………………………………,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

**NO** estar registrado en el REGISTRO DE DEUDORES ALMENAROS MOROSO — REDAN creado y regulado por la Ley N O 28970 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N O 002-2007- JUS

**SI** estar registrado en el REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM creado y regulado por la Ley N O 28970 Y SU Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N O 002-2007-JUS.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49 0 y 51 0 del Decreto Supremo N O 004-2019-JUS — Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

La Merced , de 2022

Firma:……………………………….

DNI. : ………………………………

Huella Digital