SOLICITUD DE INSCRIPCION

Señor Presidente de la Comisión de Nombramiento
Dirección Regional de Salud del Callao

Yo, …….…….…… …..……, identificado (a), con DNI N° ……..

con domicilio en …….....…….…….……,

distrito de …….……, provincia de …….

……..…… y departamento de ……, contratado en el régimen laboral del:

(**marcar con X**).

Decreto Legislativo N° 276 ☐ Decreto Legislativo N° 1057 ☐

CLAS- Decreto Legislativo N° 728 ☐

Ocupando el puesto de …… ,del grupo: (**marcar con X**)

Profesional de la Salud ☐ Técnico Asistencial de la salud ☐

Auxiliar Asistencial de la Salud ☐

Acudo a usted para solicitar se me considere en el proceso de nombramiento, según lo establecido en el literal g) del numeral 8.1 del artículo 8° de la Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015.

Por lo tanto, manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones y requisitos establecidos en los "Lineamientos para el proceso de nombramiento de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de la salud contratados del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales y en los establecimientos de salud administrados por las Comunidades Locales de Administración de Salud – CLAS", aprobado por D.S. N° 032-2015-SA.

Para tal efecto, adjunto los documentos que se señalan en el reverso del presente documento.

……., de ……. de 2015

……..
FIRMA

NOMBRE…….
DNI N° …….

La solicitud tiene calidad de declaración jurada y deberá ser presentada en la mesa de partes única de la unidad ejecutora donde postula, dentro de los plazos establecidos en el Cronograma. Las solicitudes presentadas de manera extemporánea serán declaradas improcedentes de plano por la Comisión de Nombramiento correspondiente.
En el caso del personal de la Salud CLAS, la solicitud de postulación se presentará en la Mesa de Partes de la Dirección Regional de Salud.

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Se adjunta los documentos siguientes:

DNI				
TITULO PROFESIONAL	A FOLIOS N°	☐		
TITULO TECNICO	A FOLIOS N°	☐		
CERTIFICADO DE ESTUDIO	A FOLIOS N°	☐		
RESOLUCION SERUMS O SECIGRA	A FOLIOS N°	☐	NO APLICA	☐
DECLARACION JURADA	A FOLIOS N°	☐		
CERTIFICADO DE SALUD FISICA	A FOLIOS N°	☐		
CERTIFICADO DE SALUD MENTAL	A FOLIOS N°	☐		
CERTIFICADO DE HABILIDAD PROFESIONAL	A FOLIOS N°	☐	NO APLICA	☐
CERTIFICADOS/CONSTANCIAS/				
CONSTRATOS DE TRABAJO	DE FOLIOS N°	☐	A FOLIOS N°	☐
OTROS	A FOLIOS N°	☐		

TOTAL DE FOLIOS N° ☐

NOTA: EL EXPEDIENTE A PRESENTAR DEBE ESTAR FOLIADO CON NÚMEROS Y LETRAS INICIANDO EN LA SOLICITUD.

DECLARACION JURADA

Yo, …….…… …..……, identificado (a), con DNI N° ……..

……, con domicilio en …….....…….……, distrito de…..

…….……, provincia de……..……

……. y departamento de…….

…….....

En uso de mis facultades y en conocimiento de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 032-2015-SA que aprueba los "Lineamientos para el proceso de nombramiento de los profesionales de la salud y de los Técnicos y Auxiliares Asistenciales de la salud contratados del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales y en los establecimientos de salud administrados por las Comunidades Locales de Administración de Salud - CLAS, declaro bajo juramento lo siguiente:

- NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES POR DELITO DOLOSO
- NO ESTAR INHABILITADO PARA EJERCER FUNCION PUBLICA
- NO TENER INHABILITACION VIGENTE EN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIONY DESPIDO – RNSDD
- NO ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los Artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General, asimismo manifiesto que lo declarado se ajusta a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el Articulo 427° y en el Artículo 438° del Código Penal.

……., de ……. de 2015

……..
FIRMA

NOMBRE…….
DNI N° …….