**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Señor Presidente de la Comisión de Nombramiento del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.

Yo, ………………………………………………………………………………., identificado (a) con DNI N°…………………, con domicilio en ………………………………………………………., distrito de……………………………………………., provincia de ………………. y departamento de …………………….., contratado con 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 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°……………………………….

1 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 salud CLAS, la solicitud de postulación se presenta en la unidad ejecutora a la que está asignada el establecimiento CALS:

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN** |
| Se adjunta los documentos siguientes: |  |  |  |  |
| DNI  | A FOLIOS N°  |  |  |  |
| TÍTULO PROFESIONAL | A FOLIOS N°  |  |  |  |
| TÍTULO TÉCNICO | A FOLIOS N°  |  |  |  |
| CERTIFICADO DE ESTUDIO | A FOLIOS N°  |  |  |  |
| RESOLUCIÓN SERUMS O SECIGRA | A FOLIOS N°  |  | NO APLICA |  |
| DECLARACIÓN JURADA | A FOLIOS N°  |  |  |  |
| CERTIFICADO DE SALUD FÍSICA | A FOLIOS N°  |  |  |  |
| CERTIFICADO DE SALUD MENTAL | A FOLIOS N°  |  |  |  |
| CERTIFICADO DE HABILIDAD PROFESIONAL | A FOLIOS N°  |  | NO APLICA |  |
| CERTIFICADOS / CONSTANCIAS / CONTRATOS DE TRABAJO  | DE FOLIOS N°  |  | A FOLIOS N°  |  |
| OTROS | A FOLIOS N°  |  |  |  |
|  | **TOTAL FOLIOS** |  |  |  |
| **NOTA:** El expediente a presentar debe estar foliado con números y letras iniciando en la solicitud. |

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo,………………………………………………………………………, identificado (a) con DNI N°………………con domicilio en …………………………………………………………del Distrito………………………………………., Provincia………………, Departamento…………..………..

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 lo 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 FUNCIÓN PÚBLICA.**
* **NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE EN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD.**
* **NO ENCONTRARSE 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 de Procedimiento Administrativo General. Asimismo, manifestó 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 Artículo 427° y el Artículo 438° del Código Penal.

…………………,………de……………………….de 2015.

……………………………………………….

**FIRMA**

NOMBRE……………………………………………………..

DNI N°……………………………….