



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

SOLICITUD PARA POSTULAR AL PROCESO DE CAMBIO DE LÍNEA DE CARRERA

Yo, _____, identificado con DNI N° _____, servidor nombrando con el cargo de _____ en el nivel _____ comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () o Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **proceso de cambio de grupo ocupacional:**

De asistencial a asistencial

- De auxiliar o técnico a profesional de la salud ()
- De auxiliar a técnico ()

De administrativo a asistencial

- De profesional a profesional de la salud ()
- De auxiliar o técnico a profesional de la salud ()

Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en el Reglamento del proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera. Para tal efecto cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

- 1) Copia de Resolución de nombramiento
- 2) Copia de título de técnico a nombre de la nación otorgado por Instituto Superior ó
- 3) Copia de título profesional otorgado por universidad
- 4) Copia de certificado de habilitación profesional
- 5) Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber cumplido con este requisito.
- 6) Otro _____

Declaro bajo juramento que los documentos que se adjuntan, son copia fiel de los originales, conociendo los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la verdad.

Nombres y apellidos del postulante:

DNI N°

(*) Todo trámite referido al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, **ES GRATUITO.**



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

SOLICITUD PARA POSTULAR AL PROCESO DE CAMBIO DE LÍNEA DE CARRERA

Yo, _____, identificado con DNI N° _____, servidor nombrando con el cargo de _____ en el nivel _____ comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () o Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **proceso de cambio de línea de carrera:**

De asistencial a asistencial

- De profesional de la salud a profesional de la salud ()

Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en el Reglamento del proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera y para tal efecto cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

- 1) Copia de Resolución de nombramiento
- 2) Copia de título profesional otorgado por universidad
- 3) Copia de certificado de habilitación profesional
- 4) Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber cumplido con este requisito.
- 5) Otro _____

Declaro bajo juramento que los documentos que se adjuntan, son copia fiel de los originales, conociendo los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la verdad.

Nombres y apellidos del postulante:

DNI N°

(*) Todo trámite referido al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, **ES GRATUITO.**