**Modelo de rótulo que va en la parte frontal del sobre:**

Presidente de la Comisión encargada del Concurso Interno de Méritos para Ascenso, Cambio de Grupo Ocupacional, Cambio de Línea de Carrera y Reasignación N° 001-2023-HNDM

Presente.-

APELLIDOS Y NOMBRES: ………………………………………………………………………………………………

Marcar (X) al proceso que postula:

* Concurso de Ascenso ( )
* Cambio de Grupo Ocupacional ( )
* Cambio de Línea de Carrera ( )
* Reasignación ( )

Cargo y nivel o categoría remunerativa al que postula:

CARGO:……………………………………….…………………………….NIVEL/CAT.REM:……………

ORGANO: ……………….………………………………………………………………………………..…..

UNIDAD ORGANICA (Servicio): …………………………………………………………….......................

 ITEM: ……………………………………

**ANEXO N° 1**

**SOLICITUD DE INCRIPCION**

ASUNTO: SOLICITO INSCRIPCIÓN EN EL CONCURSO PARA LA MODALIDAD DE:

 ( ) ASCENSOS

 ( ) CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL

 ( ) CAMBIO DE LINEA DE CARRERA

 ( ) REASIGNACIÓN

Señor(a)

**Presidente de la Comisión encargado del Concurso Interno de Méritos para Ascenso, Cambio de Grupo Ocupacional, Cambio de Línea de Carrera y Reasignación N° 001-2023-HNDM**

Hospital Nacional “Dos de Mayo”

**Presente.-**

Yo, , identificado(a) con DNI/CE/Otro (Especificar) N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel/Categoría \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Departamento/Oficina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Servicio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el debido respeto me presento y expongo que:

De conformidad con la Bases Administrativas del Concurso Interno de Méritos para Ascenso, Cambio de Grupo Ocupacional, Cambio de Línea de Carrera, y Reasignación N° 001-2023-HNDM y encontrándome dentro del plazo que establece el Cronograma, solicito a usted se sirva admitir mi postulación al cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con Nivel/Categoría Remunerativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para lo cual informo que he actualizado mi legajo personal.

Asimismo, comunico que **SI** ( ) / **NO** ( ) me encuentro en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad.

Finalmente, declaro bajo juramento que tengo conocimiento del contenido de las disposiciones y procedimientos previstos en las citadas Bases, a las cuales me someto plenamente.

Lima, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Postulante**

Apellidos y Nombres

DNI/CE/Otro (Especificar)

**ANEXO 2**

**CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS MÍNIMOS**

1. **DATOS DEL POSTULANTE:**

APELLIDOS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIVEL O CATEGORIA

REMUNERATIVA ACTUAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS**
2. Tiempo mínimo de permanencia en el nivel actual:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_años, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días

1. Capacitación requerida, obtenidas en los últimos cinco (05) años:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA[[1]](#footnote-1)** | **AÑO[[2]](#footnote-2)** | **HORAS LECTIVAS[[3]](#footnote-3)** | **CREDITOS[[4]](#footnote-4)** | **FOLIO[[5]](#footnote-5)** | **CUMPLE**(Solo para llenar por la Comisión) |
| 1 |  |  |  |  |   |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |   |  |
| 15 |  |  |  |  |   |  |

Lima, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del Postulante**

 DNI/CE/Otro (Especificar)

**ANEXO Nº 3**

**DECLARACIÓN JURADA DE RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE CONSANGUINIDAD, MATRIMONIO Y/O AFINIDAD**

Señores

**Comisión encargada del Concurso Interno de Méritos para Ascenso, Cambio de Grupo Ocupacional, Cambio de Línea de Carrera y Reasignación N° 001-2023-HNDM**

Hospital Nacional “Dos de Mayo”

**Presente.-**

Por el presente documento, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI/CE/Otro (Especificar) N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consignando domicilio legal en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM y sus modificaciones; **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

**SI** ( ) / **NO** ( ) cuento con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y/o por razón de matrimonio, que a la fecha se encuentran como miembros de la Comisión del presente concurso.

De marcar la opción SI, consignar la siguiente información:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Formulola presente declaración jurada, en virtud del principio de veracidad previsto en el artículo IV numeral 1.7 y 42 de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo con la legislación nacional vigente.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del Postulante**

 DNI/CE/Otro (Especificar)

1. Son las actividades educativas en las modalidades de diplomado, curso, taller, pasantía o afines, vinculados a su función, cargo, profesión o carrera. [↑](#footnote-ref-1)
2. Se debe consignar el año en que se cursó la actividad educativa. [↑](#footnote-ref-2)
3. Corresponde a las horas señaladas en el certificado y/o constancia, de no corresponder colocar N/C. [↑](#footnote-ref-3)
4. Corresponde a los créditos señalados en el certificado y/o constancia, de no corresponder colocar N/C. [↑](#footnote-ref-4)
5. Deberá consignar el número de folio donde obra el certificado y/o constancia, de acuerdo a la foliación y/o enumeración de su expediente a presentarse. [↑](#footnote-ref-5)