Solicito: **RECURSO DE RECONSIDERACIÓN**

**SEÑORA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE NOMBRAMIENTO – 2023,**

**DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**

Yo ……………………………………………………………………………………….., identificada/o con D.N.I. N°……….…………, de profesión …………………………………………………., contratada CAS (………..) / 276 (………), encontrándome participando en el Concurso de Nombramiento – 2023 (Decreto Supremo N° 015-2023-SA), al cargo de …………………………………………………………………………, a usted, solicito lo siguiente:

Que, en la lista de APTOS y NO APTOS la Comisión reporta las siguientes observaciones:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Que, contando con la documentación que acredita lo contrario SOLICITO A USTED LA RECONSIDERACIÓN de dicha evaluación, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

1.- ……………………………………………………………………………………………………………..…………………………..

2.- ……………………………………………………………………………………………………………..…………………………..

3.- ……………………………………………………………………………………………………………..…………………………..

**POR LO EXPUESTO**:

Solicito a usted se tenga por reconsiderada la declaración de no apto, DECLARANDOME APTO para efectos del concurso.

Lima, 4 de julio de 2023

…………………………………………………….

 FIRMA

Nombres:

Apellidos:

DNI N°