**ANEXO Nº 1**

**SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO**

Yo, ........................................................................., identificado con DNI Nº.........................., con vínculo laboral al 13 de setiembre de 2013, con la Unidad Ejecutora N° 400 Dirección Regional de Salud de Tumbes, bajo el régimen del Decreto Legislativo 276/ 1057 / 728 (CLAS), en el grupo ocupacional ............................, solicito acceder al proceso de nombramiento de acuerdo a lo previsto en la Ley Nº 30957, Ley que autoriza el nombramiento progresivo como mínimo del veinte por ciento (20%) de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo 1153 tuvieron vínculo laboral.

Manifiesto mi voluntad de someterme a las evaluaciones dispuestas para el presente proceso de nombramiento. Asimismo declaro bajo juramento, cumplir con los requisitos mínimos exigidos para el presente proceso de nombramiento.

Fecha,...........de..................de 2019

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

Nombres y Apellidos:

DNI:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO 2** | | | | | | |
|
| **FIICHA DE POSTULANTE** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **N° DE CONVOCATORIA:** | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **I.** | **DATOS PERSONALES** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombres |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:** | | |  |  |  |  |
|  |  |  | Lugar |  | dia/mes/año |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **NACIONALIDAD:** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ESTADO CIVIL:** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RUC:** | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **N° DE BREVETE: (SI APLICA)** | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **DIRECCION:** | |  |  | | |  |
|  |  |  | Avenida/ Calle | N° | Dpto. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **CIUDAD:** | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **DISTRITO:** | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFONO FIJO:** | |  |  | **CELULAR:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **CORREO ELECTRONICO:** | |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)** | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **REGISTRO N°:** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **HABILITACION** | | **SI** |  | **NO** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **LUGAR DEL REGISTRO:** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **SERUMS (SI APLICA):** | | **SI** |  | **NO** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **N° DE RESOLUCION:** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.** | **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | El postulante es discapacitado: | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **SI** |  | **N° REGISTRO:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NO** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición. | | | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| **III.** | **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | | |  |  |  |
|  | El postulante es licenciado de las fuerzas armadas: | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **SI** |  | NO |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado. | | | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| **IV.** | **FORMACION ACADEMICA** | |  |  |  |  |
| (En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrados, referir solo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula). | | | | | | |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titulo**  **(1)** | **Especialidad** | **Universidad, instituto o colegio** | **Ciudad/ País** | **Estudios relacionados desde/ hasta**  **(mes/año)** | **Fecha de extensión del título (2)**  **(desde/ hasta)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Titulo |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Estudios técnicos |  |  |  |  |  |
| Secundaria |  |  |  |  |  |

**NOTA:**

1. Dejar en banco aquellos que no apliquen.
2. Si no tiene título, especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO).

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Especialidad** | **Institución** | **Ciudad/ País** | **Estudios relacionados desde/ hasta mes/año(total de horas)** | **Fecha de extensión del título**  **(desde/ hasta)** |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-grado o especialización |  |  |  |  |  |
| Post-grado o especialización |  |  |  |  |  |
| Post-grado o especialización |  |  |  |  |  |

**NOTA:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Marca con un aspa donde corresponda:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Marca con un aspa donde corresponda: | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Idioma 1 |  | | Idioma 2 |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Muy Bien Bien Regular | |  | Muy Bien Bien Regular | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Habla |  |  | Habla |  |  |  |
| Lee |  |  | Lee |  |  |  |
| Escribe |  |  | Escribe |  |  |  |

**V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL**

Detallar en casa uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha de Inicio (día/mes/año)** | **Fecha de culminación (día/es/año)** | **Tiempo en el cargo (años/ meses y días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Descripción de la función desempeñada: | | | | | |
|
|
| Marca con un aspa según corresponda:    Publica (\_\_\_), Privada(\_\_\_), ONG (\_\_\_), Organismo Internacional (\_\_\_), | | | | | |
|  | | | | | |
| Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |

**NOTA:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Fecha de Inicio (día/mes/año)** | **Fecha de culminación (día/es/año)** | **Tiempo en el cargo (años/ meses y días)** |
| 2 |  |  |  |  |  |
| Descripción de la función desempeñada: | | | | | |
|
|
| Marca con un aspa según corresponda:    Publica (\_\_\_), Privada(\_\_\_), ONG (\_\_\_), Organismo Internacional (\_\_\_), | | | | | |
|  | | | | | |
| Otro ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |

**NOTA:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario

**VI. REFERENCIAS PERSONALES**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la entidad o empresa** | **Cargo de la referencia** | **Nombre de la persona** | **Teléfono actual** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Fecha……….. de ………. De 2019.

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

Firma

Nombres y Apellidos:

DNI:

Huella Digital

**ANEXO Nº 3**

**DECLARACION JURADA**

El que suscribe, ..........................................................., identificado con DNI Nº......................, y con domicilio en ................................ .................., natural del Distrito de ................................, Provincia de................................ Departamento de........................

En pleno uso de mis facultades y en conocimiento de lo dispuesto en la Ley Nº 30957, Ley que autoriza el nombramiento progresivo como mínimo del veinte (20%) de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo 1153 tuvieron vínculo laboral, y su Reglamento, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. No registrar antecedentes policiales, penales ni judiciales.
2. No contar con inhabilitación vigente para el ejercicio de la función pública o de la profesión.
3. No contar con sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por alguno de los delitos previstos en los artículos 382, 383, 384, 387, 388, 389, 393, 393-A, 394, 395, 396, 397, 397-A, 398, 399, 400 y 401 del Código Penal y los delitos previstos en los artículos 1, 2 y 3 del Decreto Legislativo 1106, o sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.
4. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores de
5. Reparaciones Civiles por Delito Doloso (REDERECI).
6. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM). En caso de encontrarse inscrito, el postulante acredita previo a la emisión de la resolución de nombramiento, el cambio de su condición a través de la cancelación respectiva o autorice el descuento por planilla, o por otro medio de pago, del monto de la pensión mensual fijada en el proceso de alimentos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad.

Fecha,...........de..................de 2019 Huella Digital

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

Firma

Nombres y Apellidos:

DNI: