

## ANEXO Nº 1

### SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO

Yo, .....,  
identificado (a) con DNI Nº ....., con vínculo laboral al 13 de Setiembre  
de 2013, con la Unidad Ejecutora .....,  
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 Nº 2

### FICHA DEL POSTULANTE

Nº DE CONVOCATORIA:

#### I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:    
Lugar                      día/mes/año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

Nº BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:   
Avenida/Calle                      Nº                      Dpto.

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO:                       CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO Nº :                       HABILITACION: SI                       NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA): SI                       NO                       Nº RESOLUCION

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

## II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

El postulante es discapacitado:

SI

Nº 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. FORMACIÓN ACADÉMICA

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

Título (1)	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)
Doctorado					
Maestría					
Título					
Bachillerato					
Estudios Técnicos					
Secundaria					

### **Nota:**

(1) Dejar en blanco 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 Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
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:


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

Nº (1)	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (___), Privada (___), ONG (___), Organismo Internacional (___), Otro( ) _____					

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
2					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (___), Privada (___), ONG (___), Organismo Internacional (___), Otro( ) _____					

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

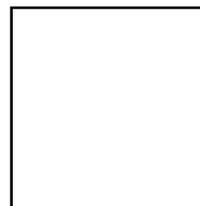
## VI. REFERENCIAS PERSONALES

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

Nº	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 N° 3

### DECLARACION JURADA

El que suscribe, .....,  
identificado con DNI N° ..... 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 N° 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 Reparaciones Civiles por Delito Doloso (REDERECI).
5. 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**