**ANEXO Nº 02**

**(Para el Participante)**

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

**SEÑOR(A) PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSO DEL OO.DD. (Red Prestacional, Red Asistencial, Hospital Nacional, Centro y/o Instituto Especializado) / SEDE CENTRAL:**

| NOMBRE DEL PARTICIPANTE | **(Apellidos y Nombres)** |
| --- | --- |
| DNI N° |  | CÓDIGO DE PLANILLA |  |
| DEPENDENCIA DONDE LABORA | **(Red Prestacional, Red Asistencial – Hospital Nacional - Centro o Instituto Especializado - Gerencia Central)** |
| ÁREA ESPECIFICA  | **(Gerencia - Sub Gerencia - Oficina – División – Unidad - Departamento - Servicio)** |
| CARGO, NIVEL Y N° DE PLAZA | **Ejemplo: Técnico de Servicio Administrativo y Apoyo (T-2)** | **1234567Z** |

**SOLICITO MI INSCRIPCIÓN PARA ACCEDER AL:**

| CARGO |  |
| --- | --- |
| NIVEL |  | N° PLAZA |  |
| DEPENDENCIA  |  |
| CODIGO DEL SISPROM |  |

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

1. Cumplir con todos los requisitos establecidos para el cargo al que me presento.
2. Conocer las disposiciones que se relacionan con ella, a las cuales me someto.

**ADJUNTO:**

1. Currículum Vitae descriptivo y documentado con los documentos que sustentan mi formación, capacitación, experiencia laboral de ser el caso, debidamente fedateado, firmado y foliado en cada hoja.
2. Declaración Jurada de no tener impedimento para presentarme al procedimiento.
3. Declaración Jurada de Compromiso Institucional.
4. Formato de participante emitido por el SISPROM.
5. Certificado de discapacidad que otorga los Ministerios de Salud, Defensa y del Interior de sus centros hospitalarios, así como la resolución emitida por el CONADIS acreditando la discapacidad permanente. (En caso de servidor participante con discapacidad).

Lugar y Fecha: **…………………………………… …………………….…………….**  **Firma del Participante**

**Nota:** El formato será presentado en la Oficina de Recursos Humanos (ORH) de la Red Prestacional, Red Asistencial, Centro y/o Instituto Especializado y en Trámite Documentario de la GCGP en la Sede Central, donde presta servicios el servidor.