

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

SOLICITUD DE INSCRIPCION

SOLICITUD DEL POSTULANTE DIRIGIDO AL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN EVALUADORA
DE PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL-CAS

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN EVALUADORA DE PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL-CAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO - CHANCHAMAYO.

S.P

Apellidos y Nombres: DNI N°
Lugar y Fecha de Nacimiento: Edad: Dirección
domiciliaria actual:
Presenta algún tipo de Discapacidad (acreditada): SI () NO ()
Teléfono Fijo: Celular: Email:
Estado Civil:

Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria del **PROCESO DE SELECCIÓN CAS TEMPORAL N° 002-2022-GRJ-HRMT-JCDC-RECAS**, para la contratación de los servicios de:(CARGO)....., en el **Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Dr. Julio Cesar Demarini Caro” - Chanchamayo.**

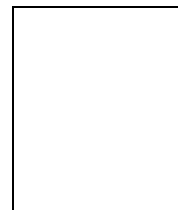
Que, teniendo interés en dicha contratación, solicito dentro del plazo establecido en el cronograma publicado por la Comisión que usted preside, se me considere como postulante, para lo cual acompaño los documentos requeridos en las bases de dicha convocatoria.

POR TANTO,

A usted pido señor Presidente, acceder a mi solicitud.

Chanchamayo,..... de..... del.....

.....
FIRMA DEL POSTULANTE
DNI N°



HUELLA DIGITAL

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

ANEXO 02

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER PROCESOS ADMINISTRATIVOS
NI INHABILITACIÓN VIGENTES EN EL RNSDD (SERVIR).**

Señores:

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO” – CHANCHAMAYO.

Presente.-

De mi consideración:

Por el presente documento.

Yo....., identificado(a) con DNI N°, con domicilio en, al amparo de lo dispuesto por los artículos 41º y 42º de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** de no tener:

1. Procesos administrativos vigentes.
2. Impedimento para contratar con el Estado.
3. Inhabilitación por sanción disciplinaria vigente en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD).

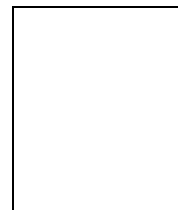
En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previstos en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el Artículo 411º del Código Penal: “El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años”.

Chanchamayo,..... de..... de.....

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

DNI N°



HUELLA DIGITAL

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

ANEXO 03

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER DEUDAS POR CONCEPTO DE ALIMENTOS

Señores:

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO” – CHANCHAMAYO.

Presente.-

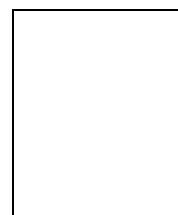
De mi consideración:

Por el presente documento.

Yo....., identificado(a) con DNI N°, con domicilio en, **DECLARO BAJO JURAMENTO no tener deudas por concepto de alimentos**, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias ejecutoriadas, o acuerdo conciliatorio en calidad de cosa juzgada, así tampoco mantener adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que ameriten la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por **Ley N° 28970**.

Chanchamayo,..... de..... de.....

.....
FIRMA DEL POSTULANTE
DNI N°



HUELLA DIGITAL

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO
(DECRETO SUPREMO N° 034-2005-PCM)

Señores:

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO” – CHANCHAMAYO.

Presente.-

De mi consideración:

Por el presente documento.

Yo....., identificado(a) con DNI N°, con domicilio en en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM, y modificado mediante Decretos Supremos N° 017-2002-PCM y 034-2005-PCM; y al amparo del Artículo Preliminar 1.7 de la Ley N° 27444 del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

SI	NO
----	----

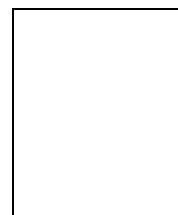
Cuento con parientes hasta el Cuarto Grado de Consanguinidad y Segundo de Afinidad, y/o Cónyuge que a la fecha se encuentra prestando servicios en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Dr. Julio César Demarini Caro” - Chanchamayo.

En el caso de haber consignado una respuesta afirmativa, declaro que la(s) persona(s) con quien(es) me une en vínculo legal indicado es (son):

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	GRADO DE PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL	OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS

Chanchamayo,..... de..... de.....

.....
FIRMA DEL POSTULANTE
DNI N°



HUELLA DIGITAL

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

ANEXO 05

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTE POLICIALES Y PENALES,
Y GOZAR DE BUENA SALUD**

Señores:

**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “Dr. JULIO CESAR DEMARINI
CARO” – CHANCHAMAYO.**

Presente.-

De mi consideración:

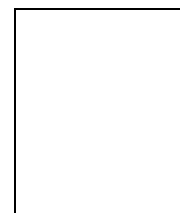
Por el presente documento.

Yo.....,
identificado(a) con DNI N°, con domicilio en
....., **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo
siguiente:

- **No registro antecedentes policiales.**
- **No registro antecedentes penales.**
- **Gozo de buena salud.**

Chanchamayo,..... de..... de.....

.....
FIRMA DEL POSTULANTE
DNI N°



HUELLA DIGITAL

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

ANEXO 06

DECLARACIÓN JURADA DE FICHA DE SINTOMATOLOGÍA DE COVID-19
(RESOLUCIÓN MINISTERIAL 972-2020-MINSA)

Señores:

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO” – CHANCHAMAYO.

Presente.-

De mi consideración:

Por el presente documento.

Yo....., identificado(a) con DNI N°, con domicilio en, he recibido explicación del objeto de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

Que, en los últimos catorce (14) días calendarios he tenido alguno de los siguientes síntomas: (Marcar con una “X” el que corresponde).

Ítem	Sintomatología	SI	NO
1	Sensación de alza térmica o fiebre		
2	Tos, estornudos o dificultad para respirar		
3	Expectoración o flema amarilla o verdosa		
4	Contacto con persona (s) con un caso confirmado de COVID-19		
5	Está tomando alguna medicación (*)		

(*) Detallar cual o cuales:

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

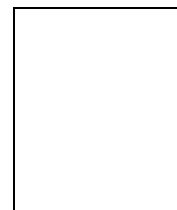
Asimismo declaro haber recibido las tres (3) vacunas contra la COVID-19, las que podrá verificarse en el Sistema y adjunto copia del Carnet de Vacunación al pie de la presente DDJJ.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo mi responsabilidad.

Chanchamayo,..... de..... de.....

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

DNI N°



HUELLA DIGITAL



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MEDICINA TROPICAL
Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO



“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

COPIA DEL CARNET DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19