



SOLICITUD

Yo,..... ; identificado (a) con DNI N°.....; con domicilio en; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N° 04-2019-RSCH; convocado por LA RED DE SALUD CHEPÉN, a fin de participar en el proceso de selección descrito.

Para tal efecto DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

- ESTAR EN EJERCICIO Y EN PLENO GOCE DE MIS DERECHOS CIVILES.
• CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO AL CUAL ESTOY POSTULANDO.
• NO TENER CONDENA POR DELITO DOLOSO
• NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN PARA CONTRATAR CON EL ESTADO O PARA DESEMPEÑAR FUNCIÓN PÚBLICA.
• CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN EL PERFIL DE LA PRESENTE CONVOCATORIA.

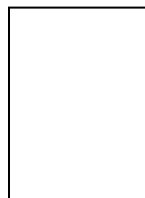
Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de del díadel mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



DECLARACIÓN JURADA

Yo,, identificado (a) con DNI Carné de Extranjería Pasaporte Otros N°

Ante usted me presento y digo:

Que, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, no registrar antecedentes penales, a efecto de postular a una vacante según lo dispuesto por la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el Diario Oficial "El Peruano".

Autorizo a su Entidad a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Asimismo, me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Ciudad de del díadel mes de del año 20....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



DECLARACIÓN JURADA

Yo,, identificado(a) con DNI N° y con domicilio en

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No tener conocimiento que en LA RED DE SALUD CHEPÉN se encuentran laborando mis parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia que gocen de la facultad de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar a la entidad.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771, modificado por Ley N° 30294 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-2000-PCM y sus modificatorias Decreto Supremo N° 017-2002-PCM y Decreto Supremo N° 034-2005-PCM. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

Asimismo, declaro que:

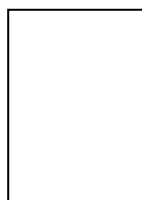
- NO () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en LA RED DE SALUD CHEPÉN
- SI () tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en LA RED DE SALUD CHEPÉN, cuyos datos señalo a continuación:

Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal	Área de Trabajo	Apellidos	Nombres

Ciudad de del díadel mes de del año 20....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar



DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

(Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales)

Yo, _____ identificado/a con DNI _____, participante del CAS N° _____ - 2019, autorizo a Red de Salud Chepén o a una entidad tercera contratada por dicha entidad, a validar información de mis datos personales en fuentes accesibles públicas y/o privadas.

Asimismo brindo referencias laborales de mis últimos trabajos, verificando que los teléfonos se encuentran actualizados:

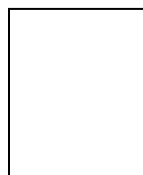
	REFERENCIA 1	REFERENCIA 2	REFERENCIA 3	REFERENCIA 4
EMPRESA / ENTIDAD				
DIRECCIÓN				
CARGO / PUESTO DEL POSTULANTE				
NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO				
TELÉFONOS				
CORREO ELECTRÓNICO				

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411º del Código Penal, concordante con el artículo 32º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ciudad de del díadel mes de del año 20.....

Firma:.....

DNI:.....



Impresión Dactilar