

Señores:

Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS

Atte. Comisión Evaluadora para la Contratación de Personal D.L N° 1057

CONVOCATORIA CAS N° 002-2023-HHHO y SBS

Dependencia, Unidad Orgánica y/o Servicio Solicitante:

.....

Cargo:

.....

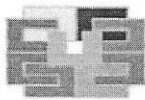
CODIGO DE POSTULACION:

.....

Nombres y Apellidos:

.....

DNI:



ANEXO N° 4
DECLARACION JURADA DE RELACION DE PARENTESCO POR RAZONES DE
CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O
UNION CONYUGAL.

Señores:
Comisión de Concurso CAS N° 002-2023 -HHHO-SBS
Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS.
Presente.

Por la presente yo: identificado (a) con
DNI N° Domiciliado (a) en, en
virtud a lo dispuesto en la Ley N°26771 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo
N°021-2000-PCM y sus modificaciones,
DECLARO BAJO JURAMENTO que:

SI	NO

Cuento con parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o por razones conyugales, y a la fecha se encuentran prestando servicios al sector salud.
De haber marcado “SI” consignar la siguiente información:

NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO DE PARENTESCO	DEPENDENCIA DE SALUD EN EL QUE PRESTA SERVICIOS (*)

(*) Registrar a los parientes que trabajen en el Ministerio de Salud y todas sus Dependencias y Órganos adscritos.

Huacho,de del 2023

FIRMA DEL POSTULANTE

Apellidos y Nombres:

DNI N°

Formulo la presente Declaración Jurada, en virtud del principio de veracidad previsto en los artículos 4° numeral 1.7, y 42° de la Ley 27444 ley de Procedimiento Administrativo General, sujetándose a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente.