**(Anexo 01)**

**DECLARACIÓN JURADA**

**SOLICITUD DE POSTULANTE**

SEÑOR PRESIDENTE DE EVALUACIÓN PARA LA SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL CAS TRANSITORIO N° 002-2023 -U.E. N° 410 HOSPITAL DE QUILLABAMBA.

Apellidos y Nombres……………………………………………………………….DNI………………………………………. Lugar y Fecha de Nacimiento……………………………………………….……….Edad………………………………. Dirección domiciliaria actual…………………………………………………………………………………………………

Personal con alguna Discapacidad (Acreditado)

SI ( ) NO ( )

Personal licenciado de las Fuerzas Armadas (Acreditado)

SI ( ) NO ( )

Personal Deportista calificados de alto rendimiento (Acreditado)

SI ( ) NO ( )

Teléfono………….............…………. Estado Civil………………………………………................ Que, habiéndome enterado mediante aviso de convocatoria del Proceso de Selección de Personal CAS TRANSITORIO Nº 002 -2023-HQ, para la contratación de los servicios de: ……………………………………..…………….……………., en la Unidad Ejecutora N° 410 Hospital de Quillabamba.

Y 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.

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 (sentencia firme).

No estar inhabilitado administrativamente o judicialmente para el ejercicio de 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 49 del Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, Texto Único Ordenando de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

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

Quillabamba, ................................................................

………………………………………………

Firma

Nombres y Apellidos:……………..……………………………………

D.N.I. N° : …………………………………………