**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Señor/a

**Presidente de la Comisión Evaluadora de Procesos de Convocatoria CAS** Hospital Nacional Cayetano Heredia

Presente.-

**ASUNTO: INSCRIPCIÓN AL PROCESO DE SELECCIÓN CONVOCATORIA CAS N° 001-2025-HNCH**

De mi consideración:

Yo, …………………………………………………………………………………………………, identificado con DNI N° , con dirección domiciliaria en ………………………………………………………………………………………………………………………, teléfono fijo……………………….,celular………………………….y correo electrónico …………………………..………………………………………., solicito mi participación como postulante en el proceso de selección de la Convocatoria CAS Nº 001-2025-HNCH, para el puesto de , con código de puesto: ………………………………..para lo cual cumplo íntegramente con los requisitos básicos establecidos en la publicación correspondiente y cumplo con adjuntar a la presente la documentación que lo sustenta y lo siguiente:

* Ficha de Inscripción – Anexo N°01 (Folio N° al Folio N° )
* Declaración Jurada – Anexo N° 02 (Folio N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al Folio N° )
* Formulario de Currículum Vitae documentado– Anexo N° 03 (Folio N° al Folio N° )
* Copia del Documento Nacional de Identidad (DNI) (Folio N° )
* **Marcar con un aspa (X) según corresponda:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIOS** | **SI** | **NO** | **NO** |
| Tengo experiencia en Hospitales de nivel III-1: |  |  |  |
| Soy Licenciado/a de las Fuerzas Armadas:*En caso su respuesta sea SI, deberá adjuntar el documento OFICIAL que lo acredite.* |  |  |  |
| Acredito mi certificado de discapacidad emitido por el CONADIS: |  |  |  |
| Soy Deportista Calificados de Alto Nivel con documento emitido por el IPD: |  |  |  |
| Acredito mi Resolución de reconocimiento emitida por el titular de la entidad por haber atendido pacientes COVID-19 |  |  |  |
| Soy Profesional de la Salud y realicé mi SERUMS:En caso su respuesta sea SI: Quintil N° , lo realizó en el Distrito de……………………….……………….., Provincia de ,Departamento de …………………………………………………………………………………….. |  |  |  |

Sin otro particular, quedo de usted. Atentamente,

Firma: ………………………………………………

DNI:………………………………….

 San Martin de Porres, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 2025