



ANEXO N° 01

SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO

Yo, _____, identificado/a con DNI/CE N° _____, declaro la siguiente información que se encuentra debidamente acreditada:

Mantengo vínculo laboral CAS..... ()

No mantengo vínculo laboral CAS..... ()

Puesto que ocupaba al 14-06-2024: _____.

En el órgano/unidad orgánica/oficina o establecimiento de salud _____ de la Unidad Ejecutora 036 Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, según contrato N° _____.

Por lo que, manifiesto mi voluntad de postular al proceso de nombramiento al cargo de _____ de acuerdo a lo previsto en el Decreto Supremo N° 006-2025-SA, que aprueba los Lineamientos para el proceso de nombramiento del personal administrativo comprendido en el Decreto Legislativo N° 1057 del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y los gobiernos regionales, autorizado por el literal r) del numeral 8.1 de la Ley N° 32185, Ley de Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2025.

Manifiesto mi voluntad de someterme a las evaluaciones que estén dispuestas para el presente proceso de nombramiento.

Asimismo, declaro lo siguiente:

- Cumplir con los criterios y requisitos exigidos para el presente proceso de nombramiento.
- No me encuentre inhabilitado para ejercer la función publica a favor del Estado.

.....de.....del 2025.

Firma
Nombres y Apellidos