



PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO
LA HOZ

UNIDAD DE PERSONAL

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

ANEXO 03

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO

Yo,, identificado/a con D.N.I N°, con domicilio en, BAJO JURAMENTO declaro:

(Marcar con una X)

SI ☐

NO ☐

Tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, por razón de matrimonio, unión de hecho o convivencia con funcionario/a, directivo, personal de confianza y servidor/a público/a del HCLLH.

En caso de ser afirmativo indicar:

Relación	Apellidos	Nombres	Área de Trabajo

Declaro que he revisado la relación de todo el personal que presta servicios en el HCLLH y expreso someterme a la normatividad vigente y a las responsabilidades civiles y/o penales que se pudieran derivar en caso que alguno de los datos consignados sea falsos, siendo pasible de cualquier fiscalización posterior que la Institución considere pertinente.

Lima,.....de de 2021.

FIRMA

DNI N°