



PERÚ

Ministerio de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FORMATO N° 02
DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO¹

Yo,
identificado/a con Documento Nacional de Identidad N°
con domicilio actual en.....
....., personal de la salud nombrado de la
Unidad Ejecutora:.....
.....en el cargo de.....
..... y nivel

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

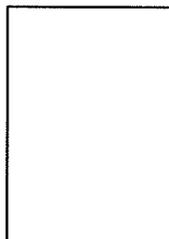
- 1.- Tengo nacionalidad peruana.
- 2.- Tengo hábiles mis derechos civiles.
- 3.- No estoy inhabilitado para ejercer función pública o para contratar con el Estado.
- 4.- No tengo condena por delito doloso.
- 5.- No tengo otro impedimento legal establecido por norma expresa de alcance general.

En ese sentido, de acuerdo al Principio de Presunción de la Veracidad, previsto en el numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, me someto a la verificación posterior que la Entidad considere pertinente realizar y en caso de comprobarse falsedad alguna asumo la responsabilidad que pudiera corresponder de acuerdo a la normativa vigente.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

.....de.....de 2023.

Firma
Nombres y Apellidos:
DNI:



¹De acuerdo al literal e) del sub numeral 15.1.3 del numeral 15.1 del artículo 15 del CAPITULO V del Decreto Supremo N° 026-2023/SA.