# **ANEXO 1**

#### Modelo de solicitud

Modelo de so	licitud
Yo,,	identificado con DNI Nº,
servidor nombrando con el cargo de	, en el nivel, comprendido dentro
de los alcances del Decreto Legislativo N $^{\circ}$ 276 (	) o Decreto Legislativo N° 1153 ( ), me
presento ante usted para manifestarle mi voluntad o	le participar como postulante, en el <u><b>proceso</b></u>
de cambio de grupo ocupacional:	
De asistencial a asistencial	
- De auxiliar o técnico a profesional de la	salud ( )
- De auxiliar a técnico ( )	

### De administrativo a asistencial

- De profesional a profesional de la salud ( )
- De auxiliar o técnico a profesional de la salud ( )

Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en el Reglamento del proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera. Para tal efecto cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

- 1) Copia de Resolución de nombramiento
- 2) Copia de título de técnico a nombre de la nación otorgado por Instituto Superior ó
- 3) Copia de título profesional otorgado por universidad
- 4) Copia de certificado de habilitación profesional
- 5) Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber cumplido con este requisito.

6)	Otro .				
$\mathbf{v}$		 	 	 	

Declaro bajo juramento que los documentos que se adjuntan, son copia fiel de los originales, conociendo los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la verdad.

Nombres y apellidos del postulante:

DNI N°

<sup>(\*)</sup> Todo tramite referido al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, **ES GRATUITO**.

# **ANEXO 2**

# Modelo de solicitud

modelo de Solicitud						
Yo,, identificado con DNI Nº,						
servidor nombrando con el cargo de, en el nivel, comprendido dentro						
de los alcances del Decreto Legislativo N $^{\circ}$ 276 ( $$ ) o Decreto Legislativo N $^{\circ}$ 1153 ( $$ ), me						
presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el $\underline{\textbf{proceso}}$						
de cambio de línea de carrera:						
De asistencial a asistencial						
- De profesional de la salud a profesional de la salud ( )						
Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en el Reglamento del						
proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera y para tal efecto cumplo						
con adjuntar los siguientes documentos:						
Copia de Resolución de nombramiento						
Copia de título profesional otorgado por universidad						
Copia de certificado de habilitación profesional						
4) Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber						
cumplido con este requisito.						
5) Otro						
Declaro bajo juramento que los documentos que se adjuntan, son copia fiel de los originales,						
conociendo los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la						
verdad.						

Nombres y apellidos del postulante:

DNI N°

<sup>(\*)</sup> Todo tramite referido al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, **ES GRATUITO.**