



# GOBIERNO REGIONAL DE ICA DIRECCION REGIONAL DE SALUD



## HOSPITAL REGIONAL DE ICA

### DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN Y HABILITACIÓN

Yo, .....  
identificado(a) con DNI  CE  PAS  N° ....., con domicilio ubicado  
en, ..... del  
distrito de ....., provincia de .....  
departamento de ....., Declaro:

- Contar con documentación que se incluye en el Currículum Vitae documentado, la cual certifica la veracidad de la información remitida.
- Estar en ejercicio pleno de los derechos civiles, haber cumplido la mayoría de edad al momento de presentarse.
- No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.
- No estar inhabilitado administrativa o judicialmente.
- No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECCI) – Art. 52 Ley N° 30353.
- Los demás requisitos previstos en la Constitución Política del Perú y las leyes, cuando corresponda.
- Contar con la habilitación profesional conferida por el colegio profesional que corresponde a las funciones del puesto, según corresponda (Solo aplica si el perfil del puesto exige colegiatura).

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Ica, de \_\_\_\_\_ del 2021.

\_\_\_\_\_  
Firma



# GOBIERNO REGIONAL DE ICA DIRECCION REGIONAL DE SALUD



## HOSPITAL REGIONAL DE ICA

### DECLARACIÓN JURADA

El \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ suscribe

.....  
..... identificado con DNI  CE   
PAS  N° ....., declaro bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- d) Percibo otra remuneración o ingreso del Estado:

No

Si  especificar: Remuneración:

Pensión:

Otros:  especificar: \_\_\_\_\_

Monto: \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_

Ica, de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Firma