**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**PROCESO DE CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL Y LÍNEA DE CARRERA PARA EL PERSONAL NOMBRADO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA – 2022**

**SOLICITO: ( )** Cambio de Grupo Ocupacional

**( )** Cambio de línea de carrera

APELLIDOS Y NOMBRES:……………………………………………..……………………..…………………CARGO ACTUAL: ………………………………………………………………..Nivel/Categoría: …………. De la Unidad orgánica/órgano de:…………….…………………………………………, identificado (a) con DNI N°……................... con domicilio legal en………………….……………………………………………………. con correo electrónico …………………………………………ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Qué, deseando participar en el Proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera de conformidad a lo establecido en el D.S. N° 034-2021-SA que aprueba el Reglamento del Proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal de la Salud, solicito a Usted se sirva admitir mi postulación al cargo de …………………………………………………..….

Asimismo, declaro bajo juramento reunir los requisitos establecidos en los numerales del Art. 7 del D.S. N° 034-2021-SA (MARCAR CON UNA X) según al grupo ocupacional o línea de carrera al que corresponda de acuerdo a los siguientes supuestos:

**7.1. Para el Cambio de Grupo Ocupacional de Auxiliar asistencial o Administrativo a Técnico Asistencial**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CUMPLO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL PROCESO** | **SI** | **NO** |
| Tener la condición de servidor nombrado del HRI |  |  |
| Título de Técnico a nombre de la Nación, otorgado por los Institutos y Escuelas de Educación Superior. |  |  |
| Tener registrado el título expedido por institución de educación superior en el extranjero |  |  |

**\*7.1, art. 7 del D.S N° 034-2021-SA**

**7.2. Para el Cambio de Grupo Ocupacional de Profesional, Técnico y Auxiliar asistencial o Administrativo a la línea de carrera de los profesionales de la salud.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CUMPLO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL PROCESO** | **SI** | **NO** |
| Tener la condición de servidor nombrado del HRI |  |  |
| Título profesional otorgado por una Universidad y registrado en la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) |  |  |
| Documento de acredite la habilidad para el ejercicio profesional otorgado por el Colegio Profesional correspondiente |  |  |
| Resolución de Termino, que acredite haber realizado el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en la profesión que postulo |  |  |

**\*7.2, art. 7 del D.S N° 034-2021-SA**

**7.3. Para el cambio de línea de Carrera de los Profesionales de la Salud**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CUMPLO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL PROCESO** | **SI** | **NO** |
| Tener la condición de servidor nombrado del HRI |  |  |
| Título profesional otorgado por una Universidad y registrado en la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) |  |  |
| Documento de acredite la habilidad para el ejercicio profesional otorgado por el Colegio Profesional correspondiente |  |  |
| Resolución de Termino, que acredite haber realizado el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en la profesión que postulo |  |  |

**\*7.3, art. 7 del D.S N° 034-2021-SA**

Para lo cual adjunto los documentos sustentatorios arriba marcados conforme lo estable el Reglamento.

POR LO EXPUESTO: Solicito a usted se sirva admitir mi postulación al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del Hospital Regional de Ica del año fiscal 2022.

Ica, ……... de ……………….…… de 2022

**Firma: ………………………………………………….**

**Nombres y Apellidos**

**D.N.I. N° …………….…..**