

**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA**

UNIDAD EJECUTORA 409 HOSPITAL CENTRAL DE MAJES

UNIDAD DE PERSONAL

ANEXO N° 01

F-03**DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD**

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

I. IDENTIFICACIÓN DEL SERVIDORApellido paterno Apellido materno Nombres Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: M F DNI Residencia: Departamento Provincia Distrito: Número de teléfono: Correo Electrónico: **II. DATOS LABORALES AL QUE POSTULA: (Escriba con Letra Imprenta)**Cargo: Régimen Laboral: 276 CAS Otro:

Órgano:	<input type="text"/>	Dependencia:	<input type="text"/>
Unidad Orgánica:	<input type="text"/>	Otro:	<input type="text"/>

III. FACTOR O CONDICION DE RIESGO:

Declaro bajo juramento que los datos consignados que sustentan mi estado de salud actual, se basan en los factores de riesgo siguiente:

Marcar con X en el recuadro

Marcar con X en el recuadro

	SI	NO		SI	NO
Gestación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica crónica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Declaro **NO** encontrarme en los factores o condiciones de riesgo descritos:

IV. OTROS FACTORES:	SI	NO	Detalle (Consignar información de los dos (02) últimos meses)
1. ¿Tuvo una Fractura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Fue Operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Estuvo Internado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Alergias algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Padece de Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Qué tipo de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Tiene alguna discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Otros, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA	F-03
	UNIDAD EJECUTORA 409 HOSPITAL CENTRAL DE MAJES UNIDAD DE PERSONAL	

4.1.- ANTECEDENTES COVID -19:	SI	NO	Detalle
1. ¿Actualmente, usted presenta alguno de estos síntomas?			Fiebre () Tos () Dolor de garganta () Problemas para respirar () ninguno ()
INFORMACION ADICIONAL: _____			

V. DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR:

El/los documento/s que acreditan los factores o condiciones de riesgo del Servidor/a u otros que corresponda, posteriormente serán presentados físicamente y de manera gradual a la Sub Gerencia de Recursos Humanos.

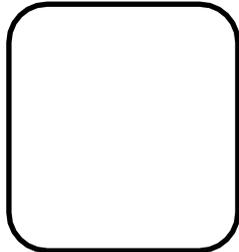
VI. DECLARACION DE GOZAR BUENA SALUD:

Declaró GOZAR DE UNA BUENA CONDICIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL a la fecha de la suscripción del presente, que me permite seguir realizando mis labores habituales.	SI	NO
De consignar (NO) fundamente las razones: _____ _____		
Asimismo, autorizo que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento, se me notifique en el correo electrónico (email) consignado en el presente Declaración Jurada:	SI	NO

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS EXPRESAN LA VERDAD

Asumo las responsabilidades correspondientes ante mi empleador, por la veracidad de la presente declaración jurada.

Asimismo, autorizo a mi empleador, el uso confidencial de la información brindada, solo y exclusivamente para los fines de salvaguardar la salud y bienestar que pudieran encontrarse dentro de los grupos de riesgos establecidos por la norma.

_____ APELLIDOS Y NOMBRES: _____ DNI N° _____ FECHA ____ / ____ / ____	HUELLA DIGITAL 
---	---



HOSPITAL CENTRAL DE MAJES

ANEXO 2

DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____ identificado(a) con DNI/CE N° _____, con domicilio ubicado en _____, del Distrito de _____ Provincia de _____ Departamento de _____, Declaro:

DETALLE	
	Que cuento con Disponibilidad inmediata para trabajar y de acuerdo a la necesidad de servicio del Hospital Central de Majes.
	Conocer la Bases del Proceso de Selección y someterme a ellas.
	Tener antecedentes Penales, ni Judiciales.
	Tener antecedentes Policiales.
	Tener Antecedentes de Procesos contra el Estado.
	Tener Procesos Administrativos y/o Judiciales con la Institución.
	Tener vínculo laboral con la Institución y/o otras Instituciones Públicas que contravenga las bases del presente concurso.
	Tener relación de parentesco, vínculo matrimonial o unión de hecho con funcionario, trabajador o asesor que participe como miembro en la comisión que dirige el presente concurso público, conforme a lo establecido en la Ley N° 26771 y su Reglamento el Decreto Supremo N° 021-2000-PCM.
	Me encuentro incurso dentro de los impedimentos previstos en la Ley N° 27588 “Ley de Prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que prestan servicios al Estado, bajo cualquier modalidad” y su Reglamento el D.S. N° 019-2002/PCM.
	Estar inscrito en el registro de deudores alimentarios morosos (REDAM)
	Gozar de Buen Estado de Salud Física y Mental
	Encontrarme en los factores de riesgo (gestación, lactancia, Cardiopatía crónica, asma, cáncer, hipertensión, etc.)
	Asumir la responsabilidad de perder la plaza, por haber registrado información falsa u omitido información en la ficha única de datos personales, (instrumento de evaluación curricular).

Observaciones: (especificar si se encuentra en los factores de riesgo o tiene alguna enfermedad)

La presente declaración está sujeta a verificación sometiéndome a las sanciones a que hubiere lugar en caso de comprobarse falsedad.

Pedregal, de del 2021

HUELLA DIGITAL (Índice Derecho)

FIRMA

DNI/CE: _____





ANEXO N° 3

DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD

Mediante la presente Declaración Jurada yo,
identificado con DNI N°....., domiciliado en, en
condición de postulante del concurso de Selección CAS N° 004-2021, declaro lo siguiente:

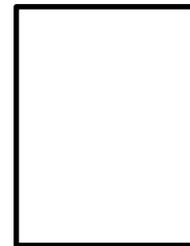
Que, me someto a las bases del concurso al cual estoy postulando y asumo la entera responsabilidad de la información consignada en la ficha única de datos personales (Formato Único De Evaluación Curricular), en caso de omisión y falsedad de datos consignados que influyen directamente con el puntaje de la evaluación, asumiendo así las consecuencias de mis acciones durante el proceso de evaluación y de ser el caso resultar como ganador asumo las acciones y consecuencias (perder la plaza ganada) de comprobarse falsedad o no demostrar con la documentación original la información consignada.

Pedregal, de del 2021

HUELLA DIGITAL (Índice Derecho)

FIRMA

DNI/CE: _____



*** Nota:** La presente Declaración Jurada de Responsabilidad deberá ser firmada con huella digital.

