



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL

Sr. presidente de la Comisión de Concurso Interno de Méritos N° 001-2022-HONADOMANI-SB,

Yo,, identificado con DNI N°....., servidor(a) nombrando(a) con el cargo de, en el nivel, comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () o Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **proceso 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 anexos 2, 3, 4.

Asimismo, he actualizado mi legajo personal con los documentos correspondientes para mi evaluación curricular en el plazo establecido según cronograma.

FIRMA DEL POSTULANTE
D.N.I N° _____

CORREO ELECTRONICO _____

N° CELULAR _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

SOLICITUD DE CAMBIO DE LINEA DE CARRERA

Sr. presidente de la Comisión de Concurso Interno de Méritos N° 001-2022-HONADOMANI-SB,

Yo,, identificado(a) con DNI N°....., servidor(a) nombrando(a) con el cargo de, en el nivel, comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () o Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **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 cumpla con los requisitos establecidos en las Bases del proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera. Para tal efecto cumpla con adjuntar los anexos 2, 3, 4.

Asimismo, he actualizado mi legajo personal con los documentos correspondientes para mi evaluación curricular en el plazo establecido según cronograma.

FIRMA DEL POSTULANTE
D.N.I N° _____

CORREO ELECTRONICO _____

N° CELULAR _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

SOLICITUD DE REASIGNACION

Sr. presidente de la Comisión de Concurso Interno de Méritos N° 001-2022-HONADOMANI-SB,

Yo,, identificado(a) con DNI N°....., servidor(a) nombrando(a) con el cargo de, en el nivel, comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () o Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en la etapa de **Reasignación.**

Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en las Bases del proceso de Ascenso, cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera, Reasignación y Concurso Abierto. Para tal efecto cumplo con adjuntar los anexos 2, 3, 4

Asimismo, he actualizado mi legajo personal con los documentos correspondientes para mi evaluación curricular en el plazo establecido según cronograma.

Lima _____ de diciembre del 2022

FIRMA DEL POSTULANTE

DNI _____

Correo Electrónico _____

Celular _____