|  |  |
| --- | --- |
| SUMILLA: | Interpongo **recurso de reconsideración** contra los resultados de verificación y evaluación de requisitos y documentos – PROCESO DE NOMBRAMIENTO 2023. |
|  |

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE NOMBRAMIENTO DEL HOSPITAL SANTA ROSA - 2023:**

Yo,..……………………………………………………………………… **(APELLIDOS Y NOMBRES)**, identificado/a con DNI N° ……………………………, contratado/a en el Hospital Santa Rosa bajo el régimen laboral del ………………, en el cargo de …………………………………….. en el **DEPARTAMENTO/SERVICIO/OFICINA,** interpongo ante usted **RECURSO DE RECONSIDERACIÓN** contra los resultados de verificación y evaluación de condiciones, requisitos y documentos en cuyo listado me encuentro bajo la condición de **NO APTO.**

Para tal efecto, y de acuerdo a los requisitos que exige el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, adjunto como sustento lo siguiente: ………………………………………………………………………..…. **(CONSTANCIA DE TRABAJO / TITULO PROFESIONAL / RESOLUCION DE SERUMS / CERTIFICADO DE ESTUDIOS / ENTRE OTROS).**

**POR LO EXPUESTO:**

Solicito a usted declarar **FUNDADO** el presente recurso impugnatorio presentado dentro del plazo establecido y por estar enmarcado dentro de la Ley.

Pueblo Libre, ……... de julio del 2023

-----------------------------------------------------------

**NOMBRES Y APELLIDOS**

**DNI:**

Correo Electrónico: