**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE CONSANGUINIDAD, MATRIMONIO Y AFINIDAD**

**Señores**

**Comité Encargado de la Conducción de Procesos de Concurso de Suplencia Temporal del Decreto Legislativo N°276 en el Hospital Santa Rosa**

Yo …………………………………………………………………………identificado (a) con DNI N°………………………, con domiciliado en ………………………………………………………Distrito de ……………….. Provincia de …………………… y Departamento ………………………, en virtud a lo dispuesto en la Ley N°26771 y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°021-2000-PCM y sus modificatorias, DECLARO BAJO JURAMNETO, que:

No tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, suegro, cuñado) como funcionario y/o personal de confianza del Hospital Santa Rosa, que tenga la facultad de designar, nombrar o contratar personal o tengan injerencia directa o indirecta en el presente concurso.

SI tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la Institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **VINCULO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Lima, de del 2025

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Firma del Postulante

## DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_