**ANEXO N° 07**

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO DE NOTIFICACIÓN**

Yo …………………………………………………………………………identificado (a) con DNI N°……………………… , con Dirección …………………………………………………………………………………………………………………………… , correo electrónico ………………………………………………………………….. y número telefónico celular ………………………… y considerando que se llevará a cabo el Proceso de cobertura de plazas por suplencia temporal en el Hospital Santa Rosa - Concurso Público N°001-2025-HSR, conforme al numeral 20.4 del artículo 20 del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, “ Ley del Procedimiento Administrativo General”, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS, **AUTORIZO,** para que me notifique electrónicamente al correo que se detalla a continuación: ………………………………………………………………………………………………… , los actos administrativos que se emitan a consecuencia del Proceso de Contrato Por Suplencia Temporal en el Hospital Santa Rosa, realizando el acuse de recibo respectivo.

Suscribo la presente autorización en señal de conformidad.

Lima, de del 2025

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

## Firma del Postulante

## DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_