



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa RosaHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, cercanía y excelencia en su servicio

*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"***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°