



PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital  
Santa RosaHOSPITAL  
SANTA ROSA  
PUEBLO LIBRE

Cuidar, enseñar y asegurar a su servicio

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

## ANEXO N° 001:

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Señor Presidente/a de la Comisión del Concurso Interno de Méritos para el Ascenso para Cobertura de Plazas Asistenciales Vacantes Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_; distrito de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_ y departamento de \_\_\_\_\_ ocupando el puesto de \_\_\_\_\_, Nivel Remunerativo \_\_\_\_\_, con el debido respeto me presento y expongo:

Acudo a usted, para solicitar se me considere en el Concurso Interno de Méritos para Ascenso N° 001-2025-HSR para Cobertura de Plazas Vacantes Presupuestadas del Hospital de Apoyo Santa Rosa, a fin de ascender del Nivel \_\_\_\_\_ al Nivel \_\_\_\_\_; en ese sentido, adjunto los Anexos ..... para la evaluación correspondiente.

Por tanto, manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones y requisitos establecidos en los lineamientos

Pueblo Libre,

de setiembre del 2025

Firma: \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_