



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital
Santa RosaHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, cercanía y transparencia a su servicio

*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"***ANEXO N° 005:****DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO -RNSDD**

Yo, _____,

identificado(a) con DNI N° _____, con domicilio en
_____ ; Distrito de
_____, Provincia de _____ y departamento de
_____**DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, inscrito en el REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO — RNSDD.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49° y 51° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS - Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

Pueblo Libre agosto del 2025

Firma: _____
DNI N°: _____