**ANEXO No.01**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE**

**Señores**:

**COMISION DEL PROCESO CAS REEMPLAZO No.01-2023-HRHVM-HCO DEL HOSPITAL REGIONAL “HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO” DE HUANUCO.**

Presente. –

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombres y Apellidos)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con DNI No. (número), con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mediante la presente, le **SOLICITO** se me considere para participar en el **Proceso CAS REEMPLAZO No.001-2023-HRHVM-HCO**, convocado por el Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano”, a fin de acceder al servicio cuya denominación es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el Departamento y/o Servicio o Área \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para lo cual **DECLARO BAJO JURAMENTO** que **CUMPLO** íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado y que adjunto a la presente copia de DNI y Declaraciones Juradas de acuerdo a los Anexos No.02 (A, B, C, D y E).

Huánuco, …….. de ……………….. de 2023.

………………………………………………….

(FIRMA DEL POSTULANTE)

Huella digital

1. Indicar marcando con un aspa (x) su condición de Discapacidad:

Adjunta Certificado de Discapacidad: (SI) (NO)

**Tipo de Discapacidad**:

Física ( )

Auditiva ( )

Visual ( )

1. Resolución Presidencial Ejecutiva No.61-2010-SERVIR/PE, indicar marcando con un aspa (x):

Licenciado de las Fuerzas Armadas: (SI) (NO)