**ANEXO No.02-C**

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

**Señores**:

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

Presente. –

Por el presente documento, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombres y Apellidos)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con DNI No. (número), con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en virtud a lo dispuesto en la Ley No.30294, Ley No.26771 modificada por Ley No.31299 y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo No.021-2000-PCM, y al amparo del numeral 1.7 del Artículo IV del Título Preliminar de la Ley No.27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que: *(marcar con x)*

(SI) (NO)

Cuento con parientes hasta el 4to grado de consanguinidad y 2do de afinidad, y/o cónyuge que a la fecha se encuentren prestando servicios en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco.

Sobre el particular consigno la siguiente información:

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL FUNCIONARIO O SERVIDOR EN ACTIVIDAD**:

1. ………………………………..…………………………………………………………………………………….…………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………….…………………..

GRADO DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD: ………………………………………………...……………………

PARENTESCO POR AFINIDAD: ……………………………………………………………………………..……………………….

OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS: ………………………………..……………………………………………………

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado resulta falso, estoy sujeto/a a los alcances establecidos en el artículo 411° y 438° del Código Penal.

Huánuco, …….. de …………….. de 2023.

………………………………………………….

 (FIRMA DEL POSTULANTE) Huella digital