

ANEXO 1

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DEL SERVICER PARA SU CONTABILIZACIÓN COMO PARTE DEL SERUMS

Sr. Presidente del Comité Central/Regional/ del SERUMS de _____.

Yo: _____, de nacionalidad _____; con Documento de Identidad DNI() CE () N° _____; de profesión _____, con Colegiatura profesional N° _____; domiciliado en _____, del Distrito de _____, Provincia de _____, Departamento de _____, con correo electrónico personal _____, y celular N° _____ ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Habiendo realizado el Servicio COVID Especial – SERVICER del ___/___/20__ al ___/___/20__ como profesional de salud, en la institución _____, distrito _____, provincia _____, departamento _____, solicito que dicho periodo de tiempo se convalide como parte de la prestación del SERUMS, para lo cual adjunto :

- 1.-Constancia SERVICER (Original o copia legalizada)
- 2.-Copia del título profesional
- 3.-Constancia de habilitación profesional



_____, ___ de _____ de 20__.

