**Modelo de solicitud**

Yo, ................................................................................., identificado con DNI Nº.........................., servidor nombrando con el cargo de ……………………., en el nivel ……., comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 ( ) o Decreto Legislativo N° 1153 ( ), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **proceso de cambio de línea de carrera**:

**De asistencial a asistencial**

* De profesional de la salud a profesional de la salud ( )

Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en el Reglamento del proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera y para tal efecto cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | Copia de Resolución de nombramiento |  |
| 2) | Copia de título profesional otorgado por universidad |  |
| 3) | Copia de certificado de habilitación profesional |  |
| 4) | Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber cumplido con este requisito. |  |
| 5) | Otro……………………………………………………………. |  |

Declaro bajo juramento que los documentos que se adjuntan, son copia fiel de los originales, conociendo los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la verdad.

Nombres y apellidos del postulante:

DNI N°

(\*) Todo tramite referido al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, **ES GRATUITO**.