**ANEXO 1**

**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 grupo ocupacional**:

**De asistencial a asistencial**

* De auxiliar o técnico a profesional de la salud ( )
* De auxiliar a técnico ( )

**De administrativo a asistencial**

* De profesional a profesional de la salud ( )
* De auxiliar o técnico 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. Para tal efecto cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

1. Copia de Resolución de nombramiento
2. Copia de título de técnico a nombre de la nación otorgado por Instituto Superior ó
3. Copia de título profesional otorgado por universidad
4. Copia de certificado de habilitación profesional
5. Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber cumplido con este requisito.
6. 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**.

**ANEXO 2**

**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**.