



SOLICITUD ASISTENCIAL

Yo,, identificado(a) con DNI N°, servidor nombrando con el cargo de, en el nivel, comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () ó Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **proceso de cambio de grupo ocupacional y línea de carrera:**

De asistencial a asistencial

- De auxiliar o técnico asistencial a profesional de la salud ()
- De auxiliar asistencial a técnico asistencial ()

De administrativo a asistencial

- De profesional administrativo a profesional de la salud ()
- De auxiliar o técnico administrativo a profesional de la salud ()
- De auxiliar administrativo a técnico asistencial ()
- De técnico administrativo a técnico asistencial ()

Modalidad de Cambio de Línea de Carrera

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

Nota: Corresponde al profesional de la salud nombrado de una línea de carrera que cambia a otra línea de carrera asistencial distinta a la que viene ocupando.

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 IST o ISP ()
- 3) Copia de título profesional otorgado por universidad. ()
- 4) Copia de certificado de habilitación profesional vigente ()
- 5) Copia de la resolución de Termino del SERUMS en la profesión que postula ()

Finalmente, 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.

Tarapoto, de 2025

(FIRMA)
(NOMBRE)
(DNI)