**ANEXO N° 01**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**CONCURSO PÚBLICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA**

***“DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS”***

Señor Presidente de la Comisión de Concurso Público por Contrato a Plazo Fijo en el Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”*

S.P.

Yo, ……………………………………………………………………………………………………… identificado (a) con DNI. N°……………… con domicilio en……………………………….

……………………………………………… Distrito de….......…………………. Provincia de

……………………………..Departamento de………………………………………………….

Mediante la presente solicito se me considere participar en el referido concurso para ocupar el puesto determinado en el Código N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_, convocado por el Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”;* para lo cual declaro que cumplo íntegramente con los requisitos básicos establecidos en las Bases correspondiente y adjunto a la presente la documentación que lo sustenta.

Expreso igualmente, que mi disponibilidad para incorporarme al INO es inmediata.

Lima, de ………….de 2025

………………………………..…

Firma del postulante

DNI:­­­­­­­­­­..............................................

**ANEXO Nº 02**

**CONCURSO PÚBLICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA**

***“Dr. Francisco Contreras Campos”***

**HOJA DE RESUMEN**

1. **DATOS PERSONALES**

**Apellido Paterno Apellido Materno Nombres**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

\_

**Lugar** **día /mes /año**

**NACIONALIDAD:**

**ESTADO CIVIL:**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

**RUC:**

**DIRECCIÓN:**

**Avenida/Calle Nº Dpto.**

**CIUDAD:**

**DISTRITO:**

**TELÉFONO FIJO: CELULAR:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**COLEGIO PROFESIONAL:** (SI APLICA)

**REGISTRO N° : HABILITACION: SI  NO **

**LUGAR DEL REGISTRO:**

**SERUMS** (SI APLICA) **: SI  NO  N° RESOLUCION SERUMS**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD**

El postulante es discapacitado:

SI N° REGISTRO:

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición.

1. **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

El postulante es licenciado de las fuerzas armadas:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. **DEPORTISTA CALIFICADO DE ALTO NIVEL**

El postulante es Deportista Calificado de alto nivel:

SI NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título**  **(1)** | **Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta**  **(mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)** |
| Doctorado |  |  |  |  |  |
| Maestría |  |  |  |  |  |
| Titulo |  |  |  |  |  |
| Bachillerato |  |  |  |  |  |
| Estudios Técnicos |  |  |  |  |  |
| **Nota:**  (1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen. | | | | | |

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Especialidad** | **Institución** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta mes / año (total horas)** | **Fecha de extensión del título**  **(mes/año)** |
| Segunda Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |
| Post-Grado o Especialización |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concepto** | **Especialidad** | **Institución** | **Ciudad / País** | **Estudios Realizados**  **desde / hasta mes / año (total horas)** | **Fecha de extensión del título**  **(mes/año)** |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Cursos y/o capacitación |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Informática |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |
| Idiomas |  |  |  |  |  |

**ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1: Idioma 2:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy Bien | Bien | Regular |  |  | Muy Bien | Bien | Regular | |
| **Habla** |  |  |  | **Habla** |  |  | |  | |
| **Lee** |  |  |  | **Lee** |  |  | |  | |
| **Escribe** |  |  |  | **Escribe** |  |  | |  | |

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL (Para el personal que postula a plaza vacante)**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº**  **(1)** | **Órgano y Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses y días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| **Nº**  **(1)** | **Órgano y Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses y días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| **Nº**  **(1)** | **Órgano y Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses y días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| **Nº**  **(1)** | **Órgano y Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses y días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |
| **Nº**  **(1)** | **Órgano y Unidad Orgánica** | **Cargo** | **Fecha de inicio**  **(día/mes/ año)** | **Fecha de culminación**  **(día/mes/año)** | **Tiempo en el cargo**  **(años, meses y días)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| Breve descripción de la función desempeñada: | | | | | |

Lima,……………………… de 2025

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**

**ANEXO Nº 3**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO, VÍNCULO MATRIMONIAL O UNION DE HECHO CON FUNCIONARIO Y/O TRABAJADOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA *“Dr. Francisco Contreras Campos”***

Señor

Presidente de la Comisión de Concurso Público para la Cobertura de Plaza Vacante Presupuestada por Contrato a Plazo Fijo en el Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”* Presente. -

Yo,…………………………………………….…………………..., Identificado(a) con Documento Nacional de Identidad Nº:……………………, domiciliado (a) en………………………………….,en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM y sus modificaciones; **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que:

**NO** tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, nieto, suegro, cuñado) con funcionarios y/o personal de confianza del Ministerio de Salud, que tengan la facultad de designar, nombrar o contratar personal o tengan injerencia directa o indirecta en el presente concurso.

**SI** tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **VINCULO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Lima, ………………………………………de 2025

Firma: ……………....…………………………

D.N.I. N° ……………………………………….

**ANEXO N° 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES,**

**POLICIALES, NI JUDICIALES.**

Yo,……………………………………………………………..………….., identificado(a) con DNI N°………………………..con domicilio en……………………………………………………. del Distrito………………………………, Provincia…………………………., Departamento: ………………………… **DECLARO BAJO JURAMENTO,** lo siguiente:

* No registrar antecedentes penales.
* No registrar antecedentes judiciales.
* No registrar antecedentes policiales.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49° y 51° del Decreto Supremo N ° 004-2019-JUS - Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, manifiesto que lo declarado se ajusta a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 427° y el artículo 438° de Código Penal.

Lima, ………………………………………de 2025

Firma: ……………....…………………………

D.N.I. N° ……………………………………….

**ANEXO N° 5**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON SANCION ADMINISTRATIVA DISCIPLINARIA SEGÚN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO –RNSDD**

Yo, (Nombres y Apellidos)……………………………………………..…………………..., identificado(a) con Documento de Nacional de Identidad N°……………………………….con domicilio en………………………………………….………………………..........................,Distrito…………………,Provincia……………..…,Departamento……………………….., **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

No tener inhabilitación vigente para prestar servicios al Estado, conforme al **REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DISTITUCION Y DESPIDO – RNSDD**.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49° y 51° del Decreto Supremo N ° 004-2019-JUS - Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lima, ………………………………………de 2025

Firma: ……………....…………………………

D.N.I. N° ……………………………………….

**ANEXO N° 6**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO ENCONTRARSE EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM**

Yo, (Nombres y Apellidos) ……………………………………………..…………………..., identificado(a) con Documento de Nacional de Identidad N°……………………………….con domicilio en………………………………………..…………………………..........................,Distrito…………………,Provincia……………..…,Departamento……………………….., **DECLARO BAJO JURAMENTO**, lo siguiente:

**NO** estar registrado en el **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM** creado y regulado por la Ley N° 28970 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007-JUS.

**SI** estar registrado en el **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM** creado y regulado por la Ley N° 28970 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007-JUS.

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49° y 51° del Decreto Supremo N ° 004-2019-JUS - Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lima, ………………………………………de 2025

Firma: ……………....…………………………

D.N.I. N° ……………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO N° 01 SOLICITUD DE AJUSTE RAZONABLE PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Datos del postulante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombres y apellidos: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DNI: | |  |  | N° del proceso al que postula | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Datos referidos a la discapacidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tipo de discapacidad: | | | | |  |  | ¿Tiene Certificado de Discapacidad? | | | | | | |  | ¿Está registrado en CONADIS? | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Física o motora | | |  |  |  | | Sí |  | | No |  |  |  | Sí | N° DID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Sensorial |  |  |  |  | CIE 10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |  | No |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Intelectual |  |  |  |  | En caso usted no cuente con certificado de discapacidad, indica el número de trámite a través del cual haya solicitado su certificado de discapacidad: | | | | | |  |  | NOTA: En caso usted no se encuentre tramitando un certificado de discapacidad, ni contar con registro en CONADIS, no le podrá ser otorgado algún ajuste razonable. | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Psíquica y mental | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Otro tipo de discapacidad **(\*)** | | | |  | |  | | | | |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |  | | |  |
|  | **(\*)** Indicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  | N° de trámite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Ajuste razonable solicitado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Importante: El llenado de este formato no hace al postulante acreedor de la bonificación establecida en el artículo 48 de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**FORMATO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA QUE MANIFIESTA LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, PARA SOLICITAR AJUSTES RAZONABLES EN EL PROCESO DE SELECCIÓN AL NO CONTAR CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O CARNET DE CONADIS**

Yo,.......…………………………………………………………………………………………, identificado con DNI Nº ………………………………………………., domiciliado en ………………………………………………………………………… declaro bajo juramento que:

**Me encuentro en situación de discapacidad, por presentar limitaciones permanentes para**…

(Marque con una “X” la(s) limitación(es) que presenta):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Moverse o caminar, para usar brazos o piernas. |
|  | Ver, aún usando anteojos. |
|  | Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro. |
|  | Oír, aun usando audífonos. |
|  | Entender o aprender (concentrarse y recordar). |
|  | Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. |

Otro (Especificar) .......................………………………………………………………………………….

**El documento que acredita mi condición de discapacidad se encuentra en trámite, por lo que, adjunto**…

(Marque con una “X” si adjunta evidencia del estado de trámite de la emisión del certificado de discapacidad de acuerdo con el artículo 76 de la Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad)

**SI………….**

**NO…………**

**Indique el motivo por el cual no lo adjunta**:......................................................................................

Al respecto, me comprometo a presentar ante el comité de selección del proceso de selección N° ……………… hasta antes de que se lleve a cabo la etapa de entrevista personal, el certificado de discapacidad y/o carnet de Conadis que acredite mi condición de discapacidad para el otorgamiento de bonificación del 15% sobre el puntaje final obtenido en toda la evaluación.

Asimismo, declaro tener pleno conocimiento de las sanciones penales, civiles y/o administrativas a las que estaría sujeto en caso de falsedad en la presente declaración.

Lima, ………………………………………de 2025

……………………………..………..

Firma y/o huella