

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

### PROCESO DE CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL Y LÍNEA DE CARRERA PARA EL PERSONAL NOMBRADO DEL INR - 2022

SOLICITO: ( ) Cambio de Grupo Ocupacional  
( ) Cambio de línea de carrera

APELLIDOS Y NOMBRES:.....CARGO ACTUAL: ..... Nivel/Categoría: ..... De la Unidad orgánica/órgano de:....., identificado (a) con DNI N°..... con domicilio legal en..... con correo electrónico .....ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Qué, deseando participar en el Proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera de conformidad a lo establecido en el D.S. N° 034-2021-SA que aprueba el Reglamento del Proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal de la Salud, solicito a Usted se sirva admitir mi postulación al cargo de .....

Asimismo, declaro bajo juramento reunir los requisitos establecidos en los numerales del Art. 7 del D.S. N° 034-2021-SA (**MARCAR CON UNA X**) según al grupo ocupacional o línea de carrera al que corresponda de acuerdo a los siguientes supuestos:

7.1. Para el Cambio de Grupo Ocupacional de Auxiliar asistencial o Administrativo a Técnico Asistencial ( )

CUMPLO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL PROCESO	SI	NO
Tener la condición de servidor nombrado del INR		
Título de Técnico a nombre de la Nación, otorgado por los Institutos y Escuelas de Educación Superior.		
Tener registrado el título expedido por institución de educación superior en el extranjero		

\*7.1, art. 7 del D.S N° 034-2021-SA

7.2. Para el Cambio de Grupo Ocupacional de Profesional, Técnico y Auxiliar asistencial o Administrativo a la línea de carrera de los profesionales de la salud. ( )

CUMPLO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL PROCESO	SI	NO
Tener la condición de servidor nombrado del INR		
Título profesional otorgado por una Universidad y registrado en la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU)		

Documento de acredite la habilidad para el ejercicio profesional otorgado por el Colegio Profesional correspondiente		
Resolución de Termino, que acredite haber realizado el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en la profesión que postulo		

\*7.2, art. 7 del D.S N° 034-2021-SA

7.3. Para el cambio de línea de Carrera de los Profesionales de la Salud  
( )

CUMPLO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL PROCESO	SI	NO
Tener la condición de servidor nombrado del INR		
Título profesional otorgado por una Universidad y registrado en la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU)		
Documento de acredite la habilidad para el ejercicio profesional otorgado por el Colegio Profesional correspondiente		
Resolución de Termino, que acredite haber realizado el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en la profesión que postulo		

\*7.3, art. 7 del D.S N° 034-2021-SA

Para lo cual adjunto los documentos sustentatorios arriba marcados conforme lo estable el Reglamento.

**POR LO EXPUESTO:**

Solicito a usted se sirva admitir mi postulación al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del INR del año fiscal 2022.

Chorrillos, ..... de ..... de 2022

Firma: .....

D.N.I. N° .....