**ANEXO 1**

**Solicitud de Inscripción al Cambio de grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera**

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

**De asistencial a asistencial**

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

**De administrativo a asistencial**

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

**De asistencial a administrativo**

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

Manifiesto mi voluntad de someterme a las evaluaciones que estén dispuestas en el Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2025-SA, para el proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera. Así mismo declaro bajo juramento lo siguiente:

* Me encuentro en condición de nombrado en la Unidad Ejecutora antes citada.
* Cumplir con las condiciones y requisitos exigidos por el Reglamento.
* No me encuentro con inhabilitación o suspensión vigente administrativa o judicial, inscrita o no, en el Registro Nacional de Sanciones Contra Servidores Civiles (RNSSC).
* Que, los documentos que adjunto en el “Aplicativo para el Proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera”, son copia fiel de los originales

Finalmente, declaro conocer los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la veracidad.

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

FIRMA

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**.