



## REQUISITOS CON LO QUE DEBEN CONTAR EL PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE DESEA ACCEDER AL CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL Y LÍNEA DE CARRERA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA – 2017.

- a) El personal deberá ser **Nombrado** y debe estar comprendido como personal de la salud, de acuerdo a lo señalado en numeral 3.2 del artículo 03 del Decreto Legislativo N° 1153. Por lo que deberá adjuntar copia de su Resolución de Nombramiento.
- b) **Título a nombre de la Nación** que acredite su condición de profesionales de la salud o técnico asistencial.
- c) Documento que acredite la **Habilidad** para el ejercicio profesional otorgado por el Colegio Profesional correspondiente (si la profesión acredita).
- d) Resolución que acredite haber realizado el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (**SERUMS**) en la profesión que postula como línea de carrera.

**Nota:** todos los requisitos deberán ser presentados en copias fedatadas adjuntadas a la solicitud de Cambio de Grupo Ocupacional y/o Cambio de Línea de Carrera (según modelo).



**SOLICITO: Cambio de Grupo Ocupacional**

**Señores**

**Comisión de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera**

Entidad

Datos del/la solicitante:

Apellidos	<input type="text"/>
Nombres	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Cargo actual	<input type="text"/>

Por la presente, solicito se evalúe mi expediente, para acceder al cambio de grupo ocupacional:

<b>Grupo de Origen</b>	<b>Cambio</b>
Auxiliares <input type="checkbox"/>	Técnicos <input type="checkbox"/>
Técnicos <input type="checkbox"/>	Profesionales <input type="checkbox"/>

Para lo cual adjunto copia de la siguiente documentación:

Resolución de nombramiento	<input type="checkbox"/>
Título Profesional	<input type="checkbox"/>
Habilidad profesional	<input type="checkbox"/>
Resolución de SERUMS	<input type="checkbox"/>
Título Técnico	<input type="checkbox"/>

**POR TANTO:**

Solicito acceder a mi petición, por ajustarse a derecho.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017





SOLICITO: Cambio de Línea de Carrera

Señores:

Comisión de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera

Entidad

Datos del/la solicitante:

Apellidos	
Nombres	
DNI	
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico	
Cargo actual	

Por la presente, solicito se evalúe mi expediente, para acceder al cambio de línea de carrera:

**Línea de carrera actual**

Origen	
Médico Cirujano	
Cirujano Dentista	
Químico Farmacéutico	
Obstetra	
Enfermero	
Médico veterinario	
Biólogo	
Psicólogo	
Nutricionista	
Ingeniero Sanitario	
Asistente Social	
Tecnólogo Médico	
Químico	

**Cambio**

Cambio	
Médico Cirujano	
Cirujano Dentista	
Químico Farmacéutico	
Obstetra	
Enfermero	
Médico veterinario	
Biólogo	
Psicólogo	
Nutricionista	
Ingeniero Sanitario	
Asistente Social	
Tecnólogo Médico	
Químico	

Para lo cual adjunto copia de la siguiente documentación:

- Resolución de nombramiento
- Título Profesional
- Habilidad profesional
- Resolución de SERUMS
- Título Técnico


**POR TANTO:**

Solicito acceder a mi petición, por ajustarse a derecho.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

