**FORMULARIO A**

**CONCURSO DE OPOSICIÓN INTERNO PARA EL INGRESO A LA CARRERA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PERMANENTE DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL Y EL HOSPITAL DE CLÍNICAS DEL SECTOR PÚBLICO, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO:** | | | | |
| **N° DE CEDULA DE IDENTIDAD:** | | | **SEXO**: M F | |
| **MARCAR EL ORGANISMO Y ENTIDAD DEL ESTADO (OEE) AL QUE SE POSTULA.** | | | | |
| **HOSPITAL CLINICAS** **MSP Y BS** | | | | |
| **MARCAR EL NIVEL AL QUE POSTULA.** | | | | |
| **PROFESIONAL**  **TECNICO O /TECNICO SUPERIOR DE ENFERMERIA**  **AUXILIAR DE ENFERMERIA** | | | | |
| **MARCAR AL SUBNIVEL AL QUE POSTULA.** | | | | |
| **PROFESIONAL**  **Sub Nivel 1**  **Subnivel 2**  **Subnivel 3**  **Subnivel 4**  **Subnivel 5** |  | **TECNICO O TECNICO SUPERIOR**  **Sub Nivel 1**  **Subnivel 2**  **Subnivel 3**  **Subnivel 4**  **Subnivel 5** | | **AUXILIAR**  **Sub Nivel 1**  **Subnivel 2**  **Subnivel 3**  **Subnivel 4**  **Subnivel 5** |
| Declaro que todos los datos mencionados en el curriculum vitae y documentaciones anexas son auténticos.  **FIRMA: …………………………………………………………………………………………….** | | | | |