



FORMULARIO A.

SEGUNDO LLAMADO A CONCURSO DE OPOSICIÓN INTERNO PARA EL INGRESO A LA CARRERA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PERMANENTE DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024.

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE CEDULA DE IDENTIDAD: **SEXO:**

MARCAR EL ORGANISMO Y ENTIDAD DEL ESTADO (OEE) AL QUE SE POSTULA.

HOSPITAL CLINICAS

MARCAR EL NIVEL AL QUE POSTULA.

PROFESIONAL

TECNICO O /TECNICO SUPERIOR DE ENFERMERIA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

MARCAR AL SUBNIVEL AL QUE POSTULA.

PROFESIONAL	TECNICO O TECNICO SUPERIOR	AUXILIAR
Sub Nivel 1 <input type="checkbox"/>	Sub Nivel 1 <input type="checkbox"/>	Sub Nivel 1 <input type="checkbox"/>
Subnivel 2 <input type="checkbox"/>	Subnivel 2 <input type="checkbox"/>	Subnivel 2 <input type="checkbox"/>
Subnivel 3 <input type="checkbox"/>	Subnivel 3 <input type="checkbox"/>	Subnivel 3 <input type="checkbox"/>
Subnivel 4 <input type="checkbox"/>	Subnivel 4 <input type="checkbox"/>	Subnivel 4 <input type="checkbox"/>
Subnivel 5 <input type="checkbox"/>	Subnivel 5 <input type="checkbox"/>	Subnivel 5 <input type="checkbox"/>

Declaro que todos los datos mencionados en el curriculum vitae y documentaciones anexas son auténticos.

FIRMA:



Handwritten signatures

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature