**ANEXO 3**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO POR RAZONES DE CONSANGUINIDAD, MATRIMONIO Y AFINIDAD**

Señores:

**COMISIÓN DEL PROCESO INTERNO DE ASCENSO Y CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL EN LA COBERTURA DE PLAZAS VACANTES DEL AÑO 2021**.

Presente. —

Yo, …………………………………………………………………………………………………………………, Identificado (a) con Documento Nacional de Identidad N° ……………………, Domiciliado(a) en: ……………………………………….…………………….., en: en virtud a lo dispuesto en la Ley N°26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°021-2000-PCM y sus modificaciones;

**DECLARO BAJO JURAMENTO**, que:

**NO** tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, nieto, suegro, cuñado) con funcionarios y/o personal de confianza del Ministerio de Salud, que tengan la facultad de designar, nombrar o contratar personal o tengan injerencia directa o indirecta en el presente concurso.

**SI** tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **ORGANISMO ORGANO U OFICINA EN LA QUE PRESTA SERVICIOS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los artículos 49°y 51°del Decreto Supremo N°004-2019-JUS — Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General

Santa Anita, de 2021

Firma:………………………………………………………………

DNI. : ……………………………