**ANEXO 02**

**MODELO DE SOLICITUD DE ADECUACIÓN DE CARGO**

**Señor:**

**Jefe de la Oficina de Personal del Hospital Hermilio Valdizan**

**PRESENTE:**

Yo, ………………………………………. Identificado(a) con DNI N° ………………………………… Urbanización de ………….., del distrito de ………………………, de la provincia de ………………………, del Departamento de …………………..,nombrado con el cargo de …………………………, de la Unidad Ejecutora de ………………….., respetuosamente manifestó lo siguiente:

Que, el (la) recurrente declara cumplir con los requisitos exigidos en el presente Lineamientos para la adecuación de cargos del personal técnico y auxiliar registrado en el aplicativo informático AIRHSP con cargo administrativo del régimen laboral del Decreto Legislativo N°276, que perciben ingresos en el marco del Decreto Legislativo N°1153; de acuerdo a lo dispuesto en el punto 2 del numeral 9.1 del artículo 9 del Decreto de Urgencia N°016-2020; por lo que expreso mi voluntad de participar de este proceso y migrar definitivamente al campo asistencial mediante adecuación de cargo, firmado e imprimiendo mi huella dactilar en el presente documento.

POR LO EXPUESTO:

Sírvase acceder a mi petición por ser legal y ajustarse a derecho.

En la ciudad de………………., a los…………………., del mes de………………….de 2020

…………………………………………………..

Firma

 DNI ……………….

 E mail ………………..

 Teléfono ……………….