**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: …………………………………………………………………………………………….** |