**ANEXO 2**

***MODELO DE SOLICITUD DE ADECUACION DE CARGO***

*SOLICITO: Adecuación de cargo*

***Señor***

***,………….….………………………………………………………………………………………….......***

*Jefe de la Unidad de Recursos Humanos de la Unidad Ejecutora 403- Salud Leoncio Prado*

*Yo,**……………………………………………………………………………………………… identificado con DNI Nº……………..……………………, con domicilio en ……………………………………………..………………………………………….. de la Localidad …………………………………………………….., del distrito de ……………………………. De la Provincia de ……………………………………………………, respetuosamente manifiesto 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 el 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 Decreto de Urgencia N° 016-2020; por lo que expreso mi voluntad de participar en 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 N° .…………………………..…..

Email: ………………………………..

Huella Dactilar

Teléfono celular……………………