**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombres y apellidos); identificado (a) con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; mediante la presente solicito se me considere participar en el proceso CAS N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; cuya denominación es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; convocado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP, a fin de participar en el citado proceso de contratación de CAS

Para tal efecto **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

* Estar en ejercicio y en pleno goce de mis derechos civiles.
* Cumplir con todos los requisitos mínimos exigidos para el puesto al cual estoy postulando.
* No registrar antecedentes judiciales, penales, ni policiales a nivel nacional.
* No tener condena por delito doloso [1].
* No estar inhabilitado administrativa o judicialmente para el ejercicio de la profesión para contratar con el estado o para desempeñar función pública
* Cumplir con todos los requisitos señalados en el perfil de la presente convocatoria

Asimismo, declaro que:

No ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en el MIMP.

Sí ( ) tengo pariente(s) o cónyuge que preste(n) servicios en el MIMP, cuyos datos presento en el siguiente recuadro

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Grado o relación de parentesco o vínculo conyugal | | Área de trabajo | Nombres | Apellidos |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | Brindo también referencias laborales de mis últimos trabajos, verificando que los teléfonos se encuentran actualizados: | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | **Referencia 1** | **Referencia 2** | **Referencia 3** |  |  | |  | Nombre de la organización en la que prestó servicios | | |  |  |  |  |  | |  | Nombre del cargo o puesto ocupado | | |  |  |  |  |  | |  | Nombre y cargo o puesto del jefe inmediato | | |  |  |  |  |  | |  | Teléfono del jefe inmediato | | |  |  |  |  |  | |  | Correo electrónico del jefe inmediato | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo N° 42 de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General. Del mismo modo, autorizo a la entidad efectuar las acciones de comprobación de veracidad necesarias y me comprometo a reemplazar la presente declaración jurada por los certificados originales, según sean requeridos. En caso de

resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo N° 411 del Código Penal, concordante con el artículo N° 32 de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad. | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_ del día \_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_. | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |