**ANEXO N° 5**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA**

**CONCURSO PÚBLICO DE PRÁCTICAS N° 000-20…-IGP**

Postulante: ... ... ... ... ... ... ... ... ... .....

Usted tiene la condición de discapacidad temporal o permanente. (Ley Nº 29973) SI/NO

Si marcó SÍ en su condición de discapacitado, indique el tipo de facilidad que requiere para el acceso o desarrollo de la(s) evaluación(es) presencial(es):

|  |
| --- |
|  |

Usted es Licenciado de las Fuerzas Armadas. (Ley Nº 29248) SI/NO

Usted se encuentra acreditado como Deportista de alto nivel. (Ley Nº 27674) SI/NO

Usted se encuentra inhabilitado administrativa o judicialmente para el ejercicio de su profesión para contratar con

el estado o para desempeñar función pública SI/NO

Usted registra antecedentes penales. (Ley Nº 29607) SI/NO

Usted registra antecedentes policiales. (Ley Nº 27444) Usted registra antecedentes judiciales. (Ley Nº 27444) SI/NO

Usted se encuentra inscrito en el "Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM" Usted se encuentra SI/NO

inscrito en el "Registro de Deudores de Reparaciones Civiles - REDERECI"

Usted tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia unión de hecho con funcionarios o directivos de la entidad, personal de la Unidad Orgánica a la que corresponde la convocatoria a la cual postula, la Oficina de Recursos Humanos o la que hace sus veces, la Oficina de Administración y/o la Alta Dirección de la entidad.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| El nombre de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad. | Cargo que ocupa la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad. | Área donde labora la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad. | El grado de parentesco con la persona hasta el cuarto grado de consanguinidad segundo de afinidad, o si es cónyuge, conviviente o unión de hecho. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Asimismo, **DECLARO** que la información proporcionada en el Formato de Hoja Vida es veraz y, en caso sea necesario, autorizo su investigación. De encontrarse información falsa o adulterada acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático, sea del proceso de selección de prácticas o finalice de manera anticipada la ejecución del Convenio de Prácticas, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que correspondan.

Firma: ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...