

FORMATO DE RECURSO DE RECONSIDERACIÓN

PROCESO REGIMEN D.L. 276 N° 001-2025/HICGG



| | |
|---|-----------------------------|
| N° DE PROCESO: | |
| FECHA | NOMBRES Y APELLIDOS |
| DNI | DOMICILIO |
| CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL |
| CONDICIÓN DE RESULTADOS (Marque el motivo de su solicitud de reconsideración) | |
| NO APTO () | |
| DESCALIFICADO () | |
| DESCRIPCIÓN BREVE DEL RECURSO DE RECONSIDERACION (Llenar con letra imprenta y legible) | |
| | |
| | |
| | |
| <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p style="text-align: center;">DNI.....</p> | |

MODELO DE ETIQUETA

SEÑORES:
COMITÉ DE CONTRATACION DE PERSONAL PROCESO REGIMEN D.L. 276 N° 001-2025/HICGG, DE LA U.E. 402 – HOSPITAL IQUITOS “CESAR GARAYAR GARCIA”

CODIGO DE PUESTO: _____

PUESTO AL QUE POSTULA: _____

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD – DNI N°: _____

DIRECCION ACTUAL: _____

REFERENCIA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

