**ANEXO 1**

Señores

**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHORRILLOS**

**Atención: Oficina de Talento Humano / Comité de Selección**

**Asunto: Participación en Convocatoria CAS**

**Presente.-**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante la presente **SOLICITO** considerar mi participación en el Proceso CAS N° 001-2025 convocado por la Municipalidad Distrital de Chorrillos, a fin de acceder al puesto de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

solicitado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(señalar la Gerencia o Subgerencia al que corresponde el puesto que postula)

Adjunto documentos obligatorios, firmados y foliados en cada hoja.

Chorrillos, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**Indicar marcando con un aspa (x) en la opción SI o NO de corresponder, conforme a las siguientes opciones:**

**Persona con Discapacidad\*:**  SI ( ) NO ( )

Señalar que tipo de discapacidad presenta

* Física ( )
* Auditiva ( )
* Visual ( )
* Intelectual ( )

Indique que tipo de ajuste requiere para el acceso o desarrollo de la(s) etapas del presente proceso de selección CAS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(\*) En el caso de persona con discapacidad que no cuente con el certificado de discapacidad por dilaciones o demoras ajenas, podrá adjuntar una declaración jurada donde manifieste que tiene la condición de discapacidad. La declaración jurada se sustituye por el respectivo certificado de discapacidad una vez que sea obtenido**.

**Licenciado de las Fuerzas Armadas:** SI( ) NO( )

**Deportista Calificado de Alto Nivel:** SI( ) NO( )