**ANEXO 2**

**AUTORIZACIÓN DE POSTULACIÓN POR MODALIDAD DE DESTAQUE**

El funcionario que suscribe ………………………………......................................................................................................................

*(Nombres y Apellidos completos)*

 Director o Gerente Regional de Salud …………………………………………………………………………………………….. (Gobiernos Regionales)

 Director de Salud /director del MINSA u Organismo Público (Ministerio de Salud)

 Director de Red/Hospital/Instituto Nacional............................................................................................

 Director de la Sanidad (Sanidad Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú)

 Director o Funcionario de la institución pública. (para instituciones diferentes al MINSA y Sanidad FFAA

y PNP ; funcionario autorizado a suscribir este documento).

Conforme a la normativa legal vigente que rige la administración pública y el Sistema Nacional de Residentado Médico, se autoriza al médico cirujano: ...........................................................................................................con CMP.............y DNI a presentarse al Concurso Nacional de Admisión al Residentado Médico 2023. Esta autorización se enmarca en las siguientes limitaciones (***llenado obligatorio***):

**Especialidad elegible:**

 Solamente es autorizado para acceder a la siguiente especialidad/subespecialidad:

**Adicionalmente, solo en el caso de no haber disponibilidad de vacante por especialidad/subespecialidad, podrá adjudicar una vacante del Proceso de Adjudicación Complementaria Nacional señalada en los numerales 6.6 y 6.7 del artículo 6° de las Disposiciones Complementarias del Concurso Nacional de Admisión al Residentado Médico 2023, en la especialidad/subespecialidad, en la misma universidad u otra universidad dentro del marco de las prioridades establecidas por la priorización del cuadro regional o institucional.**

**Institución:**

 No se establece restricción en este rubro.

 Solamente es autorizado para presentarse a las siguientes instituciones (marcar con una x, según se autorice) Gobiernos Regionales

Sanidad del Ejército Sanidad FAP Sanidad Naval Sanidad PNP

La institución que represento asume el compromiso de pagar la remuneración al médico que adquiera la condición de residente, por el tiempo requerido por el programa de formación, conforme lo establece el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico y las Disposiciones Complementarias.

Lima, de del 2023

…….………………………………….. …........………….…………...

Firma y Sello del Funcionario(a) Firma del Postulante

que suscribe DNI N°

**El correcto llenado de este documento es de entera responsabilidad de la Institución que autoriza, el mismo que tiene la validez de una Declaración Jurada bajo los alcances del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General. Deberá contar con el visto bueno del Jefe inmediato del postulante.**

**ANEXO 2B**