

FORMATO DE RECURSO DE RECONSIDERACIÓN

PROCESO CONTRATACION A PLAZO CAS N° 002 - 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 impresa y legible)

FIRMA

DNI.....



MODELO DE ETIQUETA

SEÑORES:

COMITÉ DE CONTRATACION DE PERSONAL CAS N° 002 – 2025/HICGG, DE LA UNIDAD
EJECUTORA 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: _____

