**ANEXO N° 04**

**DECLARACIÓN JURADA DE GRADO DE PARENTESCO**

Yo,…………………………………………………………………………………………..……………..

Identificado (a) con D.N.I. Nº ………..…………, y domicilio actual en……………………………………..

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NO** | **SI** |

Tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o por razón de matrimonio con funcionarios y servidores de la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaria General del Ministerio de Salud.

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo de la persona con la que se tiene grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o por razón de matrimonio con los servidores o funcionarios de la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaria General del Ministerio de Salud. . |  |
| Cargo que ocupa |  |
| El grado de parentesco |  |

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

|  |
| --- |
| Dado en la ciudad de………………. a los……..días del mes de………… del 20**….**. |

………………………………..

(Firma) Huella digital

DNI: ………..………………… (índice derecho)