**PROCESO ELECTORAL PARA LA ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES (TITULARES Y SUPLENTES) DEL COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTIMULO (CAFAE) DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS – INEN**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN /FICHA DE INSCRIPCIÓN**

Surquillo, de marzo del 2024

Señor

N°……………………

Recepcionado por: ----------------------------

Fecha: ---------------------------------------------

Hora: ----------------------------------------------

PRESIDENTE DEL COMITÉ ELECTORAL

Según Resolución Administrativa N°0017-2024-ORH-OGA/INEN

Presente. –

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, en calidad de personero de la LISTA DE CANDIDATOS a quien represento, para solicitarle la inscripción y participar en el proceso electoral para elegir a los representantes de los trabajadores (titulares y suplentes) ante del COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDE DE ASSITENCIA Y ESTÍMULO – CAFAE del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, para el periodo 2024-2026

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** | **DNI** | **CARGO** | **OFICINA DONDE LABORA** | **MIEMBRO** | **FIRMA** |
|   |   |   |   | 1er titular |   |
|   |   |   |   | 2do titular |   |
|   |   |   |   | 3er titular |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** | **DNI** | **CARGO** | **OFICINA DONDE LABORA** | **MIEMBRO** | **FIRMA** |
|   |   |   |   | 1er titular |   |
|   |   |   |   | 2do titular |   |
|   |   |   |   | 3er titular |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** | **DNI** | **CARGO** | **OFICINA DONDE LABORA** | **MIEMBRO** | **FIRMA** |
|   |   |   |   | Personero |   |

Asimismo, el siguiente documento se toma con carácter de Declaración Jurada en virtud de los artículos 4° 5° y 6° del Reglamento del Comité Electoral CAFAE –INEN -2023.

I-A Copia simple de DNI de los miembros y personeros.

I-B Hoja de vida de los miembros Titulares y Suplentes.

Atentamente,

FIRMA DEL PERSONERO: ………………………………………………………

NOMBRES Y APELLIDOS:……………………………………………………….

EMAIL:……………………………………………….CEL N°:…………………….