ANEXO N° 2

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12, letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a Beca de Formación en la especialidad o en incumplimiento al Período Asistencial Obligatorio.
* No haber completado una Beca de subespecialidad anterior, la cual fuera financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud.
* No haber tomado una Beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por esta Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud, así como tampoco haber abandonado la Formación o compromiso de devolución del Período Asistencial Obligatorio (P.A.O.) por renuncia o desvinculación, a excepción de lo establecido en el Artículo 25° del Decreto Nº 507/1990 o el Artículo 14° del Decreto Nº 91/2001, según corresponda, del Ministerio de Salud (caso para el cual debe adjuntar resolución de término a la Beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

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

 FIRMA

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_