

PROCESO ELECTORAL PARA LA ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LOS
TRABAJADORES (TITULAR Y SUPLENTE) DEL SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL
FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO (SUB CAFAE) DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Señor PRESIDENTE DEL COMITÉ ELECTORAL

Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, en calidad de personero de la LISTA DE CANDIDATOS a quien represento, para solicitarle se sirva inscribir a participar en el proceso electoral para elegir a los representantes de los trabajadores (titular y suplente) ante el SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO – SUB CAFAE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, para el periodo 2020-2022.

La lista de candidatos está conformado por:

| Nº | APELLIDOS Y NOMBRES | CARGO Y NIVEL | DNI | OF.DONDE LABORA | FIRMA |
|----|---------------------|---------------|-----|-----------------|-------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

Asimismo, de conformidad con el Reglamento para la Elección, anexamos al presente la Relación de firmas de adherentes.

Atentamente,

Firma del personero: _____

Nombres y Apellidos: _____

DNI Nº: _____

Oficina donde labora: _____

PROCESO ELECTORAL PARA LA ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LOS
TRABAJADORES (TITULAR Y SUPLENTE) DEL SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL
FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO (SUB CAFAE) DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

| Nº DE ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS | OFICINA O DIRECCION DONDE LABORA | DNI. | FIRMA |
|--------------------|----------------------------|---|-------------|--------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| 16. | | | | |
| 17. | | | | |
| 18. | | | | |
| 19. | | | | |
| 20. | | | | |
| 21. | | | | |
| 22. | | | | |

PROCESO ELECTORAL PARA LA ELECCIÓN DE REPRESENTANTES DE LOS
TRABAJADORES (TITULAR Y SUPLENTE) DEL SUB COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL
FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO (SUB CAFAE) DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

| Nº DE ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS | OFICINA O DIRECCION DONDE LABORA | DNI. | FIRMA |
|--------------------|----------------------------|---|-------------|--------------|
| 23. | | | | |
| 24. | | | | |
| 25. | | | | |
| 26. | | | | |
| 27. | | | | |
| 28. | | | | |
| 29. | | | | |
| 30. | | | | |
| 31. | | | | |
| 32. | | | | |
| 33. | | | | |
| 34. | | | | |
| 35. | | | | |
| 36. | | | | |
| 37. | | | | |
| 38. | | | | |
| 39. | | | | |
| 40. | | | | |
| 41. | | | | |
| 42. | | | | |
| 43. | | | | |
| 44. | | | | |