**ANEXO N°03**

**CARTA DE COMPROMISO**

Lima, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024

Señores

Miembros del Equipo de Selección de Participantes

Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo FETP - Nivel Intermedio

Lima

De mi consideración:

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombres y apellidos completos), con Documento Nacional de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de profesional de salud, personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar situación laboral: nombrado/CAS) del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar centro laboral), hago de conocimiento lo siguiente:

Que, como es de vuestro conocimiento soy postulante al Programa de Entrenamiento en Epidemiologia de Campo de Nivel Intermedio que será realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud. En ese sentido, en caso, de obtener una vacante para dicho programa, me comprometo a lo siguiente:

* Concluir el FETP Nivel Intermedio de manera satisfactoria, lo que implica obtener una nota aprobatoria.
* Prestar mis servicios por un plazo no menor a dos años en vuestra entidad, en la cual me vengo desempeñando en el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Plazo que será computado desde la conclusión del programa.

El incumplimiento de los compromisos implica consecuencias que deberé asumir, pues el desaprobar, o retirarme/abandonar el programa injustificadamente, me obliga a resarcir el daño y perjuicio ocasionado a la institución por el costo que el Ministerio de Salud asume con mi entrenamiento; situación similar ocurrirá sino cumplo con el plazo establecido de permanencia en mi puesto de trabajo, pues soy consciente de que soy entrenado para la mejora en el desarrollo de mis funciones en el puesto en que me desempeño.

En virtud del compromiso asumido, cumplo con legalizar mi firma.

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

Nombres y Apellidos

DNI