

**AUTORIZACION PARA REALIZAR GUARDIA
COMUNITARIA DIURNA**

Mediante el presente, Yo,
con Documento Nacional de Identidad N°, de profesión
....., domiciliado en el Jr. de
la ciudad de, actualmente realizando el Servicio Rural
y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, del Proceso 2019-I, con Presupuesto
..... en el Centro de Salud, del
Distrito de, de la Provincia de,
Departamento de Huánuco, **AUTORIZO** por propia voluntad, realizar Guardias
Comunitarias Diurnas, durante el periodo que dure mi SERUMS, en el
Establecimiento de Salud en la cual vengo prestando mis servicios y de acuerdo a
la programación aprobada, y normas establecidas, sometiéndome en caso de
incumplimiento a las sanciones de Ley, para lo cual y en señal de conformidad
firmo el presente.

Lugar y fecha

**Firma y Sello
Profesional SERUMS**

**Firma Jefe Inmediato
Establecimiento de Salud**