**FORMULARIO UNICO DE POSTULACION**

**ANEXO Nº 1**

**Y ANTECEDENTES CONCURSO PUBLICO DE INGRESO PLANTA PROFESIONAL**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.- IDENTIFICACION DEL POSTULANTE:** | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  |  | | |
|  | | |  |  | |  |  | | |
| APELLIDO PATERNO | | |  | APELLIDO MATERNO | |  | NOMBRES | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |  | | | RUT: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOMICILIO PARTICULAR (donde enviar correspondencia): | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EMAIL: |  | | | | |  | FONO: |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.- ANTECEDENTES PROFESIONALES:** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TITULO PROFESIONAL: | |  | | | | | | | |
| CENTRO FORMADOR: | |  | | | | | | | |
| FECHA DEL TITULO: | |  | | | N° DE SEMESTRES: | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.- CARGO ACTUAL:** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SECTOR PUBLICO | | |  | SECTOR PRIVADO | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INSTITUCION/EMPRESA: | |  | | | | | | | |
| CARGO: |  |  |  |  |  |  | GRADO: |  |  |
| DIRECCION LABORAL: | |  |  |  |  |  | FONO: |  |  |

**4.- DOCUMENTOS ENVIADOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DE LA COMISION DE CONCURSO DEL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA** | **Presenta Documento** | |
| **SI** | **NO** |
| **1. Fotocopia de cédula de identidad** |  |  |
| **2. Certificado o fotocopia de situación militar al día** |  |  |
| **3. Título Profesional (Cumplimiento Requisito de Planta)** |  |  |
| **4. Anexo Nº 2, Declaración Jurada** |  |  |
| **5. Anexo Nº 3, Experiencia Laboral** |  |  |
| **6. Anexo N°3A, Formato Tipo Experiencia Laboral** |  |  |
| **7. Anexo Nº 4, Actividades de Capacitación Pertinente** |  |  |
| **8. Anexo Nº 5, Aptitud para el Cargo: Desempeño Laboral** |  |  |
| **9. Anexo Nº 6, Aptitud para el Cargo: Funciones de Responsabilidad** |  |  |
| **10. Anexo Nº 7, Formulario de Apelación** |  |  |
|  |  |  |

Declaro conocer y aceptar las Bases de Concurso.

**FIRMA POSTULANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**