**FICHA DE POSTULACIÓN (Anexo 1)**

|  |
| --- |
| **APELLIDOS** |
| **PATERNO** | **MATERNO** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD N°** |  |

|  |
| --- |
| **CARGO Y ESTABLECIMIENTO AL QUE POSTULA** |
|  |

|  |
| --- |
| **OTROS ANTECEDENTES PERSONALES** |
| **TELEFONO CONTACTO** | **CORREO ELECTRONICO** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **RELACIÓN DE SERVICIO** |
| **FECHA****(Inicio - Término)** | **CARGO** | **INSTITUCIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CURRICULUM VITAE POSTULACIÓN CONCURSO PÚBLICO SALUD (ANEXO N° 2)**

1. **ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| RUT |  |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| FECHA NACIMIENTO |  |
| NACIONALIDAD |  |
| DIRECCION |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| TELÉFONO FIJO |  |
| TELÉFONO MÓVIL |  |

1. **ANTECEDENTES CURRICULARES**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE ENTIDAD ACADÉMICA DONDE EGRESO DE ENSEÑANZA BASICA O MEDIA |  |
| AÑO DE EGRESO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TITULO PROFESIONAL |  |
| ENTIDAD ACADEMICA |  |
| FECHA DE TITULACIÓN |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA INGRESO Y TERMINO | INSTITUCIÓN | PERMANENCIA(AÑOS COMPLETOS) | CARGO | REFERENCIA Y FONO CONTACTO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Agregar más líneas si es necesario.

1. **CAPACITACION (CURSOS, DIPLOMADOS, POST GRADOS, OTROS)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | CURSOS DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN  | FECHA REALIZACION | HRS | NOTA |
|  1 |  |  |  |  |  |
|  2 |  |  |  |  |  |
|  3 |  |  |  |  |  |
|  4 |  |  |  |  |  |
|  5 |  |  |  |  |  |
|  6 |  |  |  |  |  |
|  7 |  |  |  |  |  |
|  8 |  |  |  |  |  |
|  9 |  |  |  |  |  |
|  10 |  |  |  |  |  |
|  11 |  |  |  |  |  |

Agregar más líneas si es necesario.

Nombre, RUT y Firma

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE (Anexo 3)**

Yo ..…………………………………………………………………………………………., Cédula Nacional de Identidad N° ……………………………………, con Domicilio en ………………………………………………………………………………………………..

Vengo a Declarar Bajo Juramento que:

**1.-** Tengo Salud Compatible para el Cargo al cual Postulo.

**2.-** No he Cesado en Cargo Público como consecuencia de haber obtenido una Calificación Deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos 5 años, desde la fecha de expiración de funciones.

**3.-** No estoy inhabilitado (a) para el ejercicio de funciones o cargo público, no he sido condenado (a), ni me encuentro procesado (a) por crimen o simple delito.

**4.-** No me encuentro inhabilitado(a) por el Artículo 56, letras a, b y c de la Ley 19.653 sobre probidad administrativa.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso Público de la Municipalidad de Los Sauces.

**FIRMA**

***NOTA***: La falsedad de esta declaración, hará incurrir en las penas del Artículo N° 210 del Código Penal.