**ANEXO N°1**

**CURRICULUM NORMALIZADO**

**1.-ANTECEDENTES PERSONALES:**

|  |
| --- |
| NOMBRE COMPLETO: |
| FECHA DE NACIMIENTO: |
| R.U.T.: |
| NACIONALIDAD: |
| ESTADO CIVIL: |
| DIRECCION: |
| AFP: |
| SISTEMA DE SALUD FONASA O ISAPRE: |
| DIRECCION: |
| PARTICULAR: |
| FONO PARTICULAR: |
| E-MAIL: |

**2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS**

**ESTUDIOS: Adjuntar Certificado de Título, en original o fotocopia simple**

|  |
| --- |
| **Año:** |
| **Inicio:** |
| **Grado** |
| **Académico** |
| **Duración(semestres)** |
| **Institución** |

**3.-CAPACITACION**

|  |
| --- |
| **Año inicio** |
| **Año Término** |
| **Nombre Del Curso** |
| **Duración (Nº de horas)** |
| **Nombre de la Institución** |

**4.-EXPERIENCIA LABORAL**

|  |
| --- |
| **SITUACION LABORAL ACTUAL:** Adjuntar certificaciones |
| **Año** |
| **inicio** |
| **Cargo Actividad(es) o Función(es)** |
| **Institución** |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA LABORAL PREVIA:** Adjuntar certificaciones |
| **Año** |
| **inicio** |
| **Año** |
| **Término** |
| **Cargo Actividad(es) o Función(es) Institución** |

**ANEXO N° 2**

**DECLARACION JURADA SIMPLE**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, República de Chile, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha).

Comparece, don (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien bajo la fe de juramento declara: Que los antecedentes expuestos y adjuntos, se ajustan a la verdad y conocer que el artículo 193 N° 4 en relación con el artículo 197 del Código Penal, sancionan como autor de delito de falsificación a la persona que falta a la verdad en la narración de hechos sustanciales, características que el otorgante de este acto reconoce tienen cada uno de los hechos que se detallan en este instrumento; Además; a) Tengo salud compatible para el cargo al cual postulo. b) No he cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años, desde la fecha de expiración de funciones. c) No estoy inhabilitado (a) para ejercicio de funciones o cargo público, no he sido condenado (a), ni me encuentro procesado (a) por crimen o simple delito. d) No me encuentro inhabilitado (a) por el artículo 56, puntos a), b) y c) de la Ley 19.653, sobre Probidad Administrativa.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso Público para proveer el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Departamento de Salud de Lonquimay.

NOTA: La falsedad de esta Declaración, hará incurrir en las penas del artículo N° 210 del Código Penal.

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

FIRMA

Lonquimay, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 3**

**Formato de Sobre para Concurso**

|  |
| --- |
| Dirigido a: DEPARTAMENTO DE SALUD DE LONQUIMAY. |
| Remite: |
| Postula al Cargo: |
| Correo electrónico: |
| Lonquimay, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2020. |
|  |
|  |

**ANEXO N° 4**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

|  |
| --- |
| **I. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE** |
| Apellido Paterno |
| Apellido Materno |
| Nombres |
| Nacionalidad |
| RUT |
| Fecha de Nacimiento |
| Estado Civil |
| Domicilio (Calle Nº - Población / Villa – Comuna – Región) |
|  |
| Contacto telefónico |
|  |
| Correo electrónico |
|  |
| Título Profesional-Técnico |
| Año Titulación |

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

Firma del Postulante