



## ANEXO N°1

N° INGRESO \_\_\_\_\_/

### FICHA DE POSTULACIÓN

#### I. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

<b>APELLIDO PATERNO:</b>
<b>APELLIDO MATERNO:</b>
<b>NOMBRES:</b>
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>
<b>TELÉFONO DE CONTACTO:</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>TITULO PROFESIONAL:</b>
<b>AÑO DE TITULACIÓN:</b>
<b>INSTITUCIÓN QUE OTORGA TITULO PROFESIONAL:</b>

#### II. CARGO AL QUE POSTULA: Márquelos en orden de preferencia (1-2-3)

CESFAM A.S. BETTY MUÑOZ ARCE

CESFAM LOS NICHES

CESFAM SARMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL POSTULANTE



## ANEXO N°2

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_

RUT N° \_\_\_\_\_, declaro:

1. Que la información proporcionada, tanto personal como la documentación que la certifica, es fidedigna.
2. Tener salud compatible con el desempeño del cargo y no tener causal de inhabilidad, no haber cesado en un cargo público como consecuencia de una calificación deficiente y no estar inhabilitado para ejercer un cargo público por crimen o simple delito.
3. Que, autorizo al Departamento de Salud de Curicó para que ejecute las acciones pertinentes en la verificación de los antecedentes.
4. Acepto la anulación absoluta de mi postulación en el evento de comprobarse la falsedad de alguno de los antecedentes presentados.
5. Conocer y aceptar las Bases de Concurso para el cual postulo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL POSTULANTE





DEPTO. SALUD MUNICIPAL  
CURICÓ



Curicó  
ciudad abierta a todos  
Dirección comunal de Salud