



ANEXO N° 01
FICHA POSTULACION CONCURSO PUBLICO
DIRECTOR (A) CESFAM EL TABO
DEPARTAMENTO DE SALUD

1.- IDENTIFICACION PERSONAL DEL POSTULANTE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
------------------	------------------

NOMBRES

R.U.T	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
-------	---------------------	--------------

DOMICILIO

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
--------------------	----------

2.- IDENTIFICACION LABORAL DEL POSTULANTE:

PROFESION

CARGO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE

LUGAR QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE

AÑOS DE SERVICIOS EN SALUD PUBLICA Y LUGAR DE DESEMPEÑO



RAZONES POR LAS QUE POSTULA A ESTE CARGO

3.- DECLARACION JURADA (Simple)

- Declaro conocer y aceptar las Bases del Concurso.
- Señalo que la información proporcionada tanto en lo personal como la documentación que la certifica, es fidedigna.
- Autorizo a la Municipalidad de El Tabo para que ejecute las acciones que estime pertinentes para la verificación de mis antecedentes.
- Acepto la anulación absoluta de mi postulación en el evento de comprobarse la falsedad de alguno de los antecedentes presentados.

FIRMA DEL POSTULANTE