ANEXO 2.1

FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD LEY 19.664

Servicio de Salud

Nombre del Establecimiento

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término: de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento que acompaña o respalda:

Servicio de Salud

Nombre del Establecimiento

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término: de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento que acompaña o respalda:

**NOTA:** El Postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe los Certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

**(Duplicar las veces que sea necesario)**