****

|  |
| --- |
| **ANEXO D**  **DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA** |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **ANEXOS/DOCUMENTO** | **N.º Hojas** | **SI** | **NO** |
| 1º Jefatura en Establecimientos de la  Red Hospitalaria de Salud |  |  |  |  |
| 2º Antigüedad en la Especialidad |  |  |  |  |
| 3º Calificación Funcionaria |  |  |  |  |
| 4º Docencia Universitaria |  |  |  |  |
| 5º Capacitación y Perfeccionamiento |  |  |  |  |
| 6º Patrocinio del Establecimiento Hospitalario |  |  |  |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, Y PARA CONSTANCIA, PREVIA LECTURA RATIFICO Y FIRMO EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN.**

**...................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**