**ANEXO N°3**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.U.T. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo N° 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo N° 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54° del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumplimiento a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o, incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
* **Estar en conocimiento que puedo estar contratado/a en un cargo de un mínimo de 22 hrs. (Ley 19.664) al momento de postular a este financiamiento, y que al ingresar al Programa Académico, debo contar con un cargo de 44 hrs. (Ley 19.664). Considerando que mi remuneración se mantendrá en base a las horas contratadas, y no en base a la Jornada de Formación, debido a que el Programa Académico requiere dedicación exclusiva de 44 (Ley 19.664) horas semanales y la devolución del Periodo Asistencial Obligatorio, deberá ser por el doble del tiempo que dure el Programa Académico, en Jornada de 44 hrs. de conformidad de las disposiciones contenidas en el Art. N°** **12 de la ley N° 19.664 y 17 del decreto N° 507, de 1990, 7/2018 y Art. 11 del D.S. N°91/2001, todos del Ministerio de Salud o de lo contrario, gestionar personalmente con directivos de mi establecimiento, un correlativo equivalente a la Jornada que dure el Programa académico.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA**

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**