# **ANEXO D:**

# **FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDADPROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO ACTUAL EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS:** | | | |
| Establecimiento de Desempeño |  | | |
| Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato) | 19.664 | 15.076 | 19.378 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES POSTULANTE** | |
| Nombre Completo |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Beca a la que postula |  |
| Universidad de egreso |  |
| Fecha de egreso |  |
| Establecimiento del que proviene |  |
| Ley de contratación actual |  |
| Dirección Particular |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Correo electrónico |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**