# ANEXO D: FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD

# PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO ACTUAL:** | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | |
| **SERVICIO DE SALUD** |  | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** | **15.076** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **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**