

ANEXO N° 1

FICHA POSTULACIÓN CONCURSO INTERNO

1.- ANTECEDENTES PERSONALES	
NOMBRE COMPLETO	
CÉDULA DE IDENTIDAD	
DOMICILIO	
NACIONALIDAD	
CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONOS DE CONTACTO	
CATEGORÍA	
JORNADA	
CARGO AL QUE POSTULA	
FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	

2.- DOCUMENTOS QUE ADJUNTA (MARQUE CON UNA X)			
FICHA POSTULACION CONCURSO INTERNO (ANEXO 1).		CURRICULUM VITAE ACTUALIZADO.	
CERTIFICADO DE ESTUDIO O DE TÍTULO LEGALIZADO.		LICENCIA DE CONDUCCION (SOLO PARA CONDUCTORES).	
FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD (AMBOS LADOS)		DECLARACION DE SALUD COMPATIBLE (ANEXO 2)	
CERTIFICADO DE SITUACIÓN MILITAR AL DIA		DECLARACIÓN JURADA ART. 56 LEY N° 19.653 Y 13 LEY 19.378 (ANEXO 3).	
CERTIFICADO DE EXPERIENCIA LABORAL Y/O RELACIÓN DE SERVICIOS		DECLARACIÓN JURADA SIMPLE (ANEXO 4)	
CERTIFICADO DE CAPACITACIONES.		CERTIFICADO DE ANTECEDENTES	
CERTIFICADO DE CALIFICACIONES.		OTROS (ESPECIFICAR)	

FIRMA: _____

ANEXO N° 2
DECLARACIÓN DE SALUD COMPATIBLE

San Ramón, ____/____/____

YO _____, cédula
nacional de identidad N° _____, de Profesión
_____, domiciliado
en _____ Comuna de
_____; vengo por este acto en declarar bajo juramento lo siguiente:

Que, mi Salud es compatible para el cargo al que postulo.

FIRMA: _____

ANEXO N° 3
DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

YO _____, cédula nacional de identidad N° _____, de Profesión _____, domiciliado en _____ Comuna de _____;

vengo por este acto en declarar bajo juramento lo siguiente:

No estoy inhabilitado(a) para el ejercicio de funciones o cargo público, no he sido condenado(a), ni me encuentro procesado(a) por crimen o simple delito al tenor de lo establecido en el artículo 13 de la Ley 19.378 sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud municipal y sus modificaciones.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso Interno de antecedentes para proveer cargos en calidad de titulares, de acuerdo a lo estipulado en la ley 19.378 y ley 19.653.

FIRMA: _____

San Ramón, ____/____/____

ANEXO N° 4
DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo, _____, cédula de
identidad N° _____, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Que, conozco las inhabilidades e incompatibilidades administrativas establecidas en el artículo 54 y 56 de la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
2. Que, conozco las incompatibilidades establecidas en los artículos 83 y 84 de la Ley 18.883, que Aprueba el Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales, aplicable a la atención primaria de salud municipal por disposición del inciso primero del artículo 4 de la Ley 19.378.
3. Que, no me encuentro afecto a alguna de las inhabilidades y/o incompatibilidades antes mencionadas.
4. Que, no he cesado en algún cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria aplicada en conformidad a las normas de la Ley N° 18.834 Estatuto Administrativo, a menos que hayan transcurrido cinco o más años desde el término de los servicios.
5. Que, estoy en conocimiento que, de ser falsa la presente declaración incurriré en la figura tipificada en el artículo 210 del Código Penal, y en la pena allí señalada.

Todo lo anterior, en conformidad a lo establecido en el artículo 13 de la Ley N° 19.378, que Establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, la Ley 18.883 que Aprueba el Estatuto Administrativo para funcionarios Municipales y la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

FIRMA: _____

San Ramón, ____/____/____