**ANEXO C: COMPENDIO EJERCICIO PROFESIONAL PÚBLICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud/ Institución (privada /pública)** | **Establecimiento** | **Horas contratadas** | **Fechas****Desde / Hasta****(DD/MM/AA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE