

HOSPITAL REGIONAL

LIBERTADOR BERNARDO O´HIGGINS

DEPTO ADM DE LAS PERSONAS

LFR/jrn.

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**CONCURSO INTERNO: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**DECRETO Nº29/2015 DE SALUD - LEY Nº19664**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | | NOMBRES | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | |
| RUT | | LEY AFECTO | HORAS CONTRATADAS | | | | | ETAPA / NIVEL | | |
|  | |  |  | | | | |  | | |
| UNIDAD DE DESEMPEÑO | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | TELEFONO | | |
|  | |  | | | | | |  | | |
| TITULO PROFESIONAL |  | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | | | | | |
| FECHA DEL TITULO |  | | | N° REGISTRO SUPERSALUD | | |  | | | |
| ESPECIALIDAD |  | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | FECHA ESPECIALIDAD | | |  | |
| TITULO SUBESPECIALISTA |  | | | | | | | | | |
| UNIVERSIDAD/INSTITUCION |  | | | | | | | | | |
| FECHA SUBESPECIALIDAD |  | | | | | | | | | |
| **ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA** | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Declaro asimismo saber que de ser falsa esta declaración, me hará incurrir en las penas establecidas en el Artículo 193º de Código Penal. |

|  |  |
| --- | --- |
| TIMBRE DE RECURSOS HUMANOS Y FECHA DE RECEPCIÓN | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO |