**ANEXO Nº 1**

**IDENTIFICACIÓN DE CONTRATO ACTUAL Y DESEMPEÑO EFECTIVO**

 **COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO**

El Servicio de Salud ..................................................................................................................**,** certifica que Don/ña ........................................................................................................................... C.I.................................................. se encuentra contratado (a) en las condiciones establecidas en:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ley | Jornada (44-22/28 Hrs.) | Desde | Hasta |
| 19.664 |  |  |  |  |
| 15.076 |  |  |  |  |

Además, certifico que el/la profesional respecto a Permisos sin Goce de remuneraciones (Marcar con X):

No Presenta

Si presenta, en el siguiente periodo:

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo y Nombre**  |  |  | **Firma y Timbre** |  |

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio.