|  |
| --- |
| **ANEXO C****DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA** |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Plaza actual de Destinación |  |
| Plaza a la que postula |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **INDENTIFIQUE DOCUMENTO** | **SI** | **NO** |
| 1. Antigüedad
 |  |  |  |
| 1. Perfeccionamiento y Capacitación
 |  |  |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, LA SOLA PRESENTACIÓN DE LA SOLILCITUD DE REUBICACIÓN, SIGNIFICA LA OBLIGACIÓN DE ASUMIR FUNCIONES EL 07 DE ABRIL DE 2025 EN LA PLAZA O LA FECHA QUE CORRESPONDA RESPECTO AL INGRESO DE MÉDICOS E.D.F. 2025.**

**PARA LO CUAL FIRMO.**

----------------------------------------------------

FIRMA POSTULANTE

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_