# ANEXO 3: FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término: de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento que acompaña o respalda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio de Salud o Municipalidad

Nombre del Establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

Fecha de término: de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento que acompaña o respalda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal

**NOTA:** El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

**(Duplicar las veces que sea necesario)**