**FICHA POSTULACIÓN (ANEXO N°1)**

**CONCURSO PÚBLICO DIRECTOR CENTRO DE SALUD (EN ORIGINAL)**

 Fecha presentación de antecedentes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DÍA | MES | AÑO |
|  |  |  |

**CENTRO DE SALUD AL QUE POSTULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **1.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL POSTULANTE:**

**APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRES**

|  |
| --- |
|  |

**R.U.T FECHA DE NACIMIENTO ESTADO CIVIL**

|  |
| --- |
|  |

 **DOMICILIO FONO**

|  |
| --- |
|  |

 **2.- IDENTIFICACIÓN LABORAL DEL POSTULANTE:**

**PROFESIÓN:**

|  |
| --- |
|  |

**CARGO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE**

|  |
| --- |
|  |

**LUGAR EN EL QUE SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE**

|  |
| --- |
|  |

**AÑOS DE SERVICIO EN SALUD PÚBLICA Y LUGAR DE DESEMPEÑO**

|  |
| --- |
|  |

**RAZONES POR LAS QUE POSTULA A ESTE CARGO**

|  |
| --- |
|  |