**ANEXO 1:**

**CURRICULUM VITAE**

**1.- ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| R.U.N. |  |
| NACIONALIDAD |  |
| ESTADO CIVIL |  |
| DOMICILIO |  |
| TELÉFONOS DE CONTACTO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |

**2.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS:**

**A1**. Título profesional:

Institución otorgante:

**A2**. Especializaciones

Cursos, Capacitaciones, Post-Títulos Magíster y Diplomados:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | NOMBRE  DEL CURSO y/o POSTITULO | CALIFICACIÓN y/o APROBACIÓN | DURACIÓN EN HORAS | INSTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTALES | | |  |  |

**B. ANTECEDENTES DE EXPERIENCIA LABORAL**: ordenados desde lo actual hacia atrás.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **TIPO** | **FECHA** |  | **TIEMPO** |  |  |
| **FECHA** | **CARGO** | **ESTABLECIMIENTO** | **HRS** | **CONTRATO** | **DESDE** | **HASTA** | **AÑOS** | **MESES** | **DIAS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **TOTAL** |  |  |  |

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

Firma Postulante

**ANEXO 2:**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

El/la que suscribe: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, de Nacionalidad: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Estado Civil: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Profesión: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Cédula de Identidad No: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, mayor de edad, domiciliado (a) en: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**. Por la presente declara bajo juramento lo siguiente:

a) Que actualmente posee Salud compatible para desempeñar el Cargo al que postula;

b) No haber cesado en un cargo Público como consecuencia de haber tenido una calificación insuficiente o por medida disciplinaria;

c) No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o Cargos Públicos, ni hallarse condenado por crimen o simple delito;

d) No estar afecto a las inhabilidades del artículo 56 de la Ley Nº 18.575. Hace la presente Declaración Jurada en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 1, de la Ley 19.378, que establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

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

Firma Postulante

**ANEXO 3:**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

1. Declaro que la información proporcionada, tanto personal como la documentación que la certifica, es fidedigna.

2. Autorizo a la Municipalidad de Frutillar para que ejecute las acciones que estime pertinente para la verificación de antecedentes.

3. Declaro conocer y aceptar las bases del Concurso al que postulo.

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

Firma Postulante