**FICHA POSTULACIÓN**

1. **ANTECEDENTES PERSONALES**

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

1. **ANTECEDENTES ACADÉMICOS:**
2. Título profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Institución otorgante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **ANTECEDENTES Y/O DOCUMENTOS QUE ADJUNTA:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **IDENTIFICACION CATEGORIA A LA QUE POSTULA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoría a la que postula:** |  |
| **Función que desempeña:** |  |

FIRMA DEL POSTULANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA NOTARIAL**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de profesión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliado en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comuna de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; vengo por este acto en declarar bajo juramento lo siguiente:

a) No he cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años, desde la fecha de expiración de funciones, ni encontrarse en la actualidad sometido a investigación sumaria ni a sumario administrativo de acuerdo a lo que establece la Ley Nº 18.883.

b) No estoy inhabilitado (a) para el ejercicio de funciones o cargo público, no he sido condenado (a), ni me encuentro procesado (a) por crimen o simple delito al tenor de lo establecido en el artículo 12 de la Ley 19.378 sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud municipal y sus modificaciones.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el concurso Interno de antecedentes para proveer cargos en calidad de plazo indefinido, de acuerdo a lo estipulado en la ley 19.378.

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario para solicitar al registro civil e identificación el certificado de antecedentes para optar a cargos públicos**

Yo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesión u Oficio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliado en : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comuna : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo al Departamento de Salud de la Municipalidad de Vilcún a solicitar el certificado de antecedentes de ingreso al servicio público, ante el Servicio de Registro Civil e Identificación.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**Vilcún, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023**