|  |
| --- |
|  |
| **REPÚBLICA DE CHILE** |
| **PROVINCIA DE LINARES** |
| **I. MUNICIPALIDAD DE LONGAVÍ** |
| **DEPARTAMENTO DE SALUD** |

**ANEXO N° 1: FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**CONCURSO PÚBLICO DE ANTECEDENTES DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE LONGAVÍ.**

YO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Vengo en presentar mis antecedentes para postular al llamado a Concurso Público de Antecedentes, para proveer cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_ horas semanales.

Para cumplir con lo anterior, adjunto a la presente postulación, la documentación que continuación se señala:

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

Atentamente.

FIRMA.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LONGAVÍ ................... de 2020.

|  |
| --- |
|  |
| **REPÚBLICA DE CHILE** |
| **PROVINCIA DE LINARES** |
| **I. MUNICIPALIDAD DE LONGAVÍ** |
| **DEPARTAMENTO DE DSALUD** |

**ANEXO N°2: DECLARACIÓN JURADA**

**CONCURSO PÚBLICO DE ANTECEDENTES DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE LONGAVÍ. (NO REQUIERE PROTOCOLIZACIÓN NOTARIAL)**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Vengo a declarar bajo juramento que:

1.- Tengo salud compatible para el cargo al que postulo.

2.- No he cesado en cargo público como consecuencia de haber sido suspendido en el ejercicio de mis funciones, por haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años, desde la fecha de expiración de funciones.

3.- No he sido inhabilitado(a) o suspendido(a) en el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni he sido condenado(a) o sometido(a) a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito.

4.- No me encuentro afecto a las inhabilidades de la Ley Ne 19.653, sobre Probidad Administrativa.

5.- No me encuentro afecto a las inhabilidades de la Ley Ne 18.575, Art.55 sobre Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso Público de Antecedentes del Departamento de Salud Municipal de Longaví.

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LONGAVÍ,........... ………….. de 2020