**ANEXO Nº 1**

**“FORMULARIO DE POSTULACION”**

**PROCESO DE REUBICACIÓN PARA ACCEDER A PLAZAS DISPONIBLES EN LOS**

**SERVICIOS DE SALUD PARA CIRUJANOS DENTISTAS EN ETAPA**

**DE DESTINACION Y FORMACION CONTRATADOS POR ART. 8º LEY Nº 19.664 AÑO**

**2025**

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Servicio de Salud Origen |  | | |
| Establecimiento de Desempeño |  | | |
| Apellido Paterno |  | | |
| Apellido Materno |  | | |
| Nombres |  | | |
| Cedula de Identidad |  | | |
| Correo electrónico |  | | |
| Teléfono de contacto |  | | |
| Dirección |  | | |
| Comuna |  | | |
| Universidad de Egreso |  | | |
| Fecha de egreso |  | | |
| Fecha de Ingreso a la EDF |  | | |
| Fecha de nacimiento |  | | |
| Nacionalidad |  | | |
| Plaza a la que postula (Sólo 3 en orden de prioridad) | 1.- | 2.- | 3.- |

**POR FAVOR, MARQUE LA ALTERNATIVA CON UNA X, SEGÚN CORRESPONDA**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No he sido reubicado mediante proceso de selección realizado por bases de convocatoria | SI | NO |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO.**

**FIRMA POSTULANTE**

**ANEXO Nº 2**

**CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y CAPACITACION**

**NOMBRE DEL POSTULANTE**

**RUT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **FECHA** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Los postulantes podrán presentar Certificado emitido por la Unidades o Departamentos de Capacitación, emitido desde el sistema SIRH, deberá contar con las firmas y timbres de la jefatura correspondiente***

|  |
| --- |
| **FIRMA POSTULANTE**  **(Más timbre y firma del encargado(a) de Capacitación del SST)** |

**ANEXO 3:**

**CERTIFICADO DE CONOCIMIENTO DE POSTULACIÓN A REUBICACIÓN**

**(SOLO PARA POSTULANTES DEL SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ)**

El director(a) del establecimiento o Director(a) Atención Primaria del Servicio de Salud Tarapacá \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifica que ha tomado conocimiento que el profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postulará en el proceso convocatoria de reubicación de plazas de cirujanos dentistas EDF 2025 del Servicio de Salud Tarapacá, y autorizo su reubicación una vez concluida el concurso, en los términos y condiciones establecidas en las presentes bases.

**NOMBRE – CARGO Y FIRMA**

**Director(a) del Establecimiento y/o Director(a) Atención Primaria Servicio de Salud Tarapacá**

**ANEXO 4:**

**ACTIVIDADES CON LA INSTITUCIÓN Y LA COMUNIDAD**

**Para efectos de acreditación de los ámbitos expuesto a continuación, se deberá considerar lo señalado en el Rubro N°3 de las presentes bases de convocatoria.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **LUGAR** |
| **ACTIVIDADES EDUCATIVAS AL PERSONAL DE SALUD** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **ACTIVIDADES EDUCATIVAS A LA COMUNIDAD** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PARTICIPACION EN OPERATIVOS CLINICOS** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **ACCIONES DE VOLUNTARIADO** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PARTICIPACION EN CONFECCION DE PROTOCOLOS** |  |  |
|  |  |
|  |  |

**................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**