

## FORMULARIOS A PRESENTAR

### ANEXO N° 1 DECLARACION JURADA SIMPLE CONCURSOS PÚBLICOS DEPARTAMENTO DE SALUD

Yo, \_\_\_\_\_, Cédula nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento lo siguiente:

Para los efectos previstos en la ley N° 18.883, aprueba Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales, artículos 10 y 11, y en ley N° 8.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, artículo 54, DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO:

- a) Que, no he cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria.
- b) Que, no me encuentro inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni condenado por delito que tenga asignada pena de crimen o simple delito.
- c) Que, no tengo la calidad de cónyuge, hijo, adoptado o pariente hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive, respecto de autoridades y de los funcionarios directivos de este organismo, hasta el nivel de jefe de departamento o su equivalente, inclusive.
- d) Que, no mantengo vigente por mi o por terceros contratos o cauciones ascendentes a 200 UTM o más con de la Municipalidad de Río Hurtado.
- e) Que, no tengo litigios pendientes con la Municipalidad de Río Hurtado (a menos que se refieran al ejercicio de derechos propios, de su cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad, inclusive).
- f) Que, no tengo la calidad de director, administrador, representante o socio titular del diez por ciento o más de los derechos de cualquier clase de sociedad, ni ésta contratos o cauciones vigentes ascendentes a 200 UTM o más, o litigios pendientes, con la Municipalidad de Río Hurtado.
- g) Que, tengo salud compatible con el desempeño del cargo.
- h) Que, estoy en conocimiento que de ser falsa la presente declaración me hará incurrir en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal.

Para Constancia

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**ANEXO N°2  
FICHA DE POSTULACIÓN CONCURSO PÚBLICO DEPARTAMENTO DE SALUD**

ANTECEDENTES PERSONALES	
<b>Nombres</b>	
<b>Apellidos</b>	
<b>Cédula de Identidad</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Correo Electrónico</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b>Otro Teléfono de contacto</b>	

CARGO AL QUE POSTULA

La presente postulación implica mi aceptación íntegra y total de las Bases y las condiciones en ella consignadas, relativas al presente Proceso de Selección.

Asimismo, mi aceptación implica el conocimiento de la propuesta de convenio de desempeño que se adjuntan a estas bases.

Declaro, asimismo, mi disponibilidad real para desempeñarme en el cargo.

<p>Indique si presenta alguna discapacidad que le produzca algún impedimento o dificultad en la aplicación de los instrumentos de selección que se aplicaran.</p> <p>Si: _____ No: _____</p> <p>Si la respuesta es sí, Indique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
---

\_\_\_\_\_  
**Firma**

Fecha: \_\_\_\_\_