**ANEXO Nº 1**

**CURRÍCULUM VITAE**

**1.- ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Apellido Paterno* | *Apellido Materno* | *Rut* |
|  |   |   |
| *Fono Particular* | *Fono Móvil* | *Email Particular* |
|  |  |  |

**2.- IDENTIFICACIÓN DE LA POSTULACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre del Cargo* | *Grado* |
|  |  |

Presento algún tipo de discapacidad que me dificulta realizar el proceso de selección:

Si \_\_\_ No \_\_\_\_.

Indique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Lo anterior será tomado en cuenta para adaptar el proceso de selección).

La presente postulación implica mi aceptación íntegra de las bases del presente Proceso de Selección, a las cuales me someto desde ya. Declaro, asimismo, mi disponibilidad real para desempeñarme en el Hospital “Dr. Juan Noé Crevani”

**FIRMA POSTULANTE**

**3.- TÍTULO(S)**

\* Indicando sólo aquellos con certificado de título y ordenado por fecha descendentemente, es decir, los últimos estudios realizados en primer lugar.

|  |  |
| --- | --- |
| *Título* | *Nº de Semestres* |
|   |   |
| *Institución* | *Ingreso (mes/año)* | *Egreso (mes/año)* |  |
|   | \_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_ |  |
| *Fecha de Titulación (día/mes/año)* | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

**4.- CAPACITACIÓN**

\* Indicar sólo aquellos con certificado y ordenado por fecha descendentemente, es decir, los últimos cursos realizados en primer lugar.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nombre del Curso y/o Seminario* | *Desde (día/mes/año* | *Hasta (día/mes/año)* | *Horas Duración* |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ |  |

**5.- ÚLTIMO CARGO DESARROLLADO O EN DESARROLLO**

\* Sólo cuando corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|   |   |
|  *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de Desempeño* | *Desde**(día/mes/año)* | *Hasta**(día/mes/año)* |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales logros)* |
|  |

**6.- TRAYECTORÍA LABORAL**

\* Además del anterior, indique sus últimos trabajos realizados, si corresponde.

|  |  |
| --- | --- |
| *Cargo* | *Institución/Empresa* |
|   |   |
|  *Gerencia, Departamento, Unidad o Área de Desempeño* | *Desde**(día/mes/año)* | *Hasta**(día/mes/año)* |
|   | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_ |
| *Funciones Principales (descripción general de las funciones realizadas y principales logros)* |
|  |

**8.- REFERENCIAS LABORALES**

\* Indicar el nombre de tres jefaturas que hayan estado a cargo de usted.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nombre* | *Institución* | *Cargo* | *Fono Particular* | *Fono Móvil* |
|   |   |  |   |   |
|  |   |   |   |   |

**ANEXO Nº 2**

**Certificado Experiencia Laboral**

Yo *(Nombre Jefatura directa o superior)*, en mi calidad de *(Nombre del cargo y unidad, p.e. EU Jefe CRGC Médica)*, certifico que D. *(Nombre del postulante)* RUT: *(Rut del postulante)* se desempeñó/se desempeña en el Hospital Regional de Arica y Parinacota “Dr. Juan Noé Crevani”, de acuerdo al siguiente detalle:

|  |  |
| --- | --- |
| **CARGO** | **UNIDAD** |
|  |  |
| **ESTAMENTO** (auxiliar, administrativo, técnico, profesional) | **FECHA INICIO**  | **FECHA TÉRMINO** |
|  | **Dia** | **Mes** | **Año** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |  |  |  |
| **PRINCIPALES FUNCIONES** (descripción de las funciones y responsabilidades principales del cargo, preferentemente asociadas a competencias técnicas o del perfil del concurso) |
|  |

***\*Nota: Adjuntar certificado por cada experiencia Laboral. –***

|  |
| --- |
| FIRMA Y TIMBRE JEFATURA |

Fecha: ARICA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_