|  |
| --- |
| **Formulario de Información Laboral****Para presentación a postulación en concurso Subespecialidades Médicas en el extranjero Becas Chile****Convocatoria 2019** |

**Instrucciones:**

Deberá adjuntarlo a través del Sistema de Postulación en Línea, en formato PDF, sin protección, y no deberá tener un peso superior a 2.048 kb.

**Instrucciones para la Jefatura:**

Le solicitamos completar este documento respecto a relación laboral de el/la postulante con la institución en la cual se desempeña.

1. **ANTECEDENTES de la institución:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la institución en donde se encuentra ejerciendo laboralmente |  |
| Tipo de institución(marque con una cruz) | Servicio de Salud Pública |  |
| Establecimientos de Salud Municipal |  |
| Fuerzas Armadas y Carabineros de Chile |  |
| Universidades del Estado reconocidas por éste y sus respectivos hospitales universitarios |  |
| Servicios de la Administración del Estado |  |
| Empresas fiscales e instituciones autónomas |  |
| Dirección | Región | Comuna  | Calle | Nº |
|  |  |  |  |

1. **ANTECEDENTES de el/la postulante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido paterno |  |
| Apellido materno |  |
| Primer nombre |  |
| Segundo nombre |  |
| RUN |  |
| Cargo en cual se desempeña |  |
| Tipo de contrato (marque con una cruz) | A contrato |  |
| A plazo fijo |  |
| Honorario |  |
| Carga horaria semanal (de 1 a 50 horas) |  |
| Nombre de su jefe directo |  |
| Correo electrónico de su jefe directo |  |
| Fecha de inicio de su actividad laboral en la institución. (mm/aaaa) |  |
| Carga horaria semanal al iniciar sus funciones en la institución (de 1 a 50 hrs.) |  |
| **Antigüedad laboral en la institución con mínimo de 22 hrs. semanales (mm/años). (***Recuerde adjuntar certificado***)** |  |

1. **ANTECEDENTES DE la jefatura que firma el documento**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido paterno |  |
| Apellido materno |  |
| Primer nombre |  |
| Segundo nombre |  |
| RUN |  |
| Cargo en cual se desempeña |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# FIRMA Y TIMBRE DE JEFATURA

FECHA: …/…./……

El documento debe poseer tanto firma como timbre del jefe de la institución para acreditar el patrocinio institucional.