FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**ANEXO N° 1**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

1. **ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Correo electrónico autorizado para la presente convocatoria (obligatorio)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **@** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Teléfono Particular** | **Teléfono Móvil** | **Otros teléfonos de contacto** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Señalar si presenta alguna discapacidad (en el caso de que así fuese, deberá adjuntar credencial de discapacidad). Esto en función de considerar algún impedimento o dificultad (Acápite 1.2 de las presentes bases).**  |
|  |

**IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA (CURSO, DIPLOMADO U OTRO):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa**  | **Perfil** | **Modalidad**  | **Estamento** |
|  |  |  | . |

La presente postulación implica mi aceptación íntegra de las Bases del presente Proceso de Selección al programa, a las cuales me someto desde ya.

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Que todos los documentos adjuntos son fidedignos.
* No haber sido objeto de la aplicación de alguna medida disciplinaria en los últimos dos años anteriores a la publicación de las presentes bases.
* Tener salud compatible para el desempeño del programa al cual postulo.

Para Constancia: Declaro, asimismo, mi compromiso con el Servicio de Salud Tarapacá para cumplir con los requerimientos académicos del programa postulado.

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

FIRMA POSTULANTE

1. **PERTINENCIA DE FUNCIONES.**

**Por favor, detalle brevemente las principales funciones que realiza actualmente y explique cómo su participación en el curso al que postula puede contribuir a su trabajo y al servicio.**

|  |
| --- |
| **1. Describa las principales funciones que desempeña actualmente en su establecimiento, unidad, servicio o puesto de trabajo:** |
|  |
|  **2. Desde su perspectiva, ¿qué impacto positivo espera que tenga su participación en este curso en el desempeño de sus funciones y/o en el servicio?** |
|  |

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

FIRMA JEFATURA DIRECTA.

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

FIRMA JEFATURA DIRECTA.

 FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

****

**ANEXO N°2**

**Formulario Patrocinio Establecimiento.**

De mi consideración:

 En virtud de lo señalado en Ordinario N°1467/2024 que establece las actividades a convocar Programa de iniciativa ministerial y las Bases de Postulación para las actividades de capacitación de los funcionarios afectos a la Ley 18.834, otorgo el presente patrocinio en su calidad de funcionario (a) a don/doña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, perteneciente al estamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Grado \_\_\_\_ EUS, del establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que participe en los procesos vinculados al Programa de Iniciativa Ministerial (PIM);\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el compromiso formal e irrevocable de mantenerle su cargo y remuneración, así como asegurar el normal funcionamiento del servicio durante todo el período que dure el perfeccionamiento. Esto implica, de acuerdo a las necesidades del establecimiento, cumplir con la réplica y aplicación de lo aprendido en su puesto de trabajo.

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

Director Establecimiento