

**MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS
DEPARTAMENTO DE SALUD**

ANEXO N°1
FICHA: POSTULACIÓN

Uso comisión

Cargo:.....Puntaje final:.....

YO:.....

RUT. N°:.....Con domicilio en:

Vengo en presentar mis antecedentes para postular el cargo de.....
en.....

Para ello adjunto la siguiente documentación:

1. Currículum vitae actualizado.
2. Certificado de Nacimiento.
3. Certificado de antecedentes para fines especiales.
4. Certificado de salud compatible con el desempeño del cargo. (AnexoN°3)
5. Certificado de título original o legalizado ante notario
6. Certificado situación militar si corresponde.
7. Fotocopia de cedula de identidad por ambos lados.
8. Currículum Vitae (formato libre).
9. Certificados que acrediten postgrados o diplomados (fotocopia Notarial).
10. Certificados y/o diploma, que acrediten cursos de capacitación.
11. Certificado original de la Jefatura de Recursos Humanos o encargado/a de Personal del Servicio donde haya desempeñado funciones que acredite la Calidad de la función desempeñada y años de labor para acreditar experiencia.

Sin otro particular, saluda atentamente

.....

FIRMA

MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS
DEPARTAMENTO DE SALUD

ANEXO N°2
DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

YO.....RUT.....

CON DOMICILIO EN

....., comuna de

VENGO EN DECLARAR BAJO JURAMENTO QUE:

- A) Tengo salud compatible para el cargo al cual postulo.
- B) No he cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años, desde la fecha de expiración de funciones.
- C) No estoy inhabilitado(a) para el ejercicio de funciones o cargo público, no he sido condenado (a), ni me encuentro procesado (a) por crimen o simple delito.
- D) No me encuentro inhabilitado (a) por el artículo 56, puntos a), b) y c) de la ley 19.653, sobre Probidad Administrativa.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso de la I. Municipalidad de Los Muermos, Departamento de Salud.

.....

FIRMA

Nota: La falsedad de esta Declaración, hará incurrir en las penas del artículo N° 210 del Código Penal.

Los Muermos, xx de noviembre de 2024

ANEXO N°3
EXÁMEN MÉDICO INGRESO ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Nombres y apellidos

Cargo al que postula

CEDULA IDENTIDAD _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____.

A.-

ANTECEDENTES

(Rodear en un círculo lo positivo y en el rubro otras, detallar otras patologías).

ENFERMEDADES HEREDITARIAS	NO _____ SI _____	ANOTAR
ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	Hepatitis-Tifoidea-Parotiditis-TBC-Monucleosis-Sarampión-Otros _____	SI-NO
OPERACIONES	Amígdalas-Apéndice-Hernia inguinal-Varicocele-Otros _____	SI-NO
TRAUMATOLOGÍA	Pie plano-Deformación columna vertebral-Artritis-luxación-Lumbagos-Fracturas-Otros _____	SI-NO
CUTÁNEAS	Alergias-Urticaria-Psoriasis-Afecciones crónicas-Verrugas-Otros _____	SI-NO
LIPHEMATOLÓGICAS	Leucosis-Hodgkin-Anemias-Adenitis-Diátesis-Hemorragias-Otros _____	SI-NO
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Antibióticos-Penicilina-Analgésicos-Otros _____	SI-NO
ENDOCRINOPATÍAS	Tiroides-Obesidad-Diabetes (antecedentes familiares)-Diabetes(personal)-Otras _____	SI-NO
NEURO- PSIQUIATRICAS	Psicopáticas-Neurosis-Epilepsia-Enuresis-Déficit-Tec-Otros _____	SI-NO
BRONCOPULMONAR	Asma Bronquial-Bronquitis frecuente-Pleuresia-Otros _____	SI-NO
CARDIOVASCULAR	Enfermedad Reumática-Trastorno ritmo cardiaco-Varicosidades-Otros _____	SI-NO
URONEFROPATIAS	Glomerulonefritis-Nefropatías-Litiasis Urinaria-Venéreas-Otros _____	SI-NO

B.-

EXÁMEN FÍSICO

Peso actual _____ Kg

Talla _____ CMS

Pulso _____

Presión arterial _____.

Marque con una x opción que corresponde:

ANATOMÍA	NORMAL	ALTERADO
Cabeza, cara cuero cabelludo		
Nariz, senos paranasales		
Boca, garganta		
Oídos (en general)		
Tórax, pulmón, mamas		
Corazón		
Sistema muscular		
Abdomen, (hernias, cicatrices)		
Hígado, Bazo		
Sistema endocrino		
Sistema genitourinario		
Extremidades superiores		
Extremidades inferiores		
Pies, (arcos, callosidades)		
Columna vertebral		
Piel linfáticos		
Examen neurológico		

C.-

CONCLUSIÓN

Salud compatible

SI _____

NO _____.

Certifico haber confirmado los datos anotados en este examen.

NOMBRE

NÚMERO REGISTRO COLEGIO MÉDICO

FECHA

FIRMA