|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 4**  **DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Rut** |  |
| **Establecimiento de desempeño (empleador)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexos** | **N° Hojas** |
| Carátula de presentación de postulación. | 2 |  |
| Formulario de Postulación. | 3 |  |
| Detalle de la Documentación entregada | 4 |  |
| Carta del respectivo Director del Establecimiento de desempeño del postulante, que Autorice el requerimiento de formarse en el Programa de Subespecialización solicitado, y que señale disponibilidad de horas de su dotación para contratación en jornada de 44 horas, si quedara seleccionado. | - |  |
| Certificado/s de antigüedad laboral o Relación de Servicio. | \* |  |
| Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde. | - |  |
| Certificado de Título de Médico Cirujano Original o Fotocopia legalizada. | - |  |
| Certificado de egreso de la Especialidad o Certificado de título de Especialista o CONACEM aprobado, según corresponda. | - |  |
| Certificado de inscripción del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud. | - |  |
| Declaración Jurada Simple. | 6 |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**