**ANEXO Nº 1**

**LUGAR Y PERIODO DE DESEMPEÑO EN DESTINACIÓN**

**NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUT**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud** | **Establecimiento** | **Dependencia****(Municipal o Servicio)** | **Fecha DESDE****(dd/mm/aaaa)** | **Fecha HASTA****(dd/mm/aaaa)** | **MOTIVO****Buen Servicio****Otro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*\*Deberá acompañar Certificado de Relación de Servicio y Hoja de Vida funcionaria**