**ANEXO E**

**AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_, Don/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, , Director/a del Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, según Resolución N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, autorizo a don/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional Médico Cirujano EDF, ingreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (día, mes y año), con desempeño en la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letra\_\_\_\_\_ en la comuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para postular al concurso de reubicación de plazas EDF año 2024 y, autorizo su posterior traslado a la plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,una vez concluido el concurso, en los términos y condiciones establecidas en las presentes bases.

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

Firma Directora Servicio