

SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

SUBDIRECCION DE G° Y D° DE PERSONAS

DEPTO. CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y RAD

UNIDAD FORMACION DE ESPECIALISTAS

**ANEXO I**

**ACEPTACIÓN PLAZA DE REUBICACIÓN INTERNA 2024**

**SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | **NOMBRES** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÉDULA DE IDENTIDAD** | **TELÉFONO** | **EMAIL** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATO EDF ART. 8 LEY 19.664 - ORIGEN** | |
| **ESTABLECIMIENTO** |  |
| **NIVEL DE DIFICULTAD** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATO EDF ART. 8 LEY 19.664 – REUBICACION DESTINO** | |
| **ESTABLECIMIENTO** |  |
| **NIVEL DE DIFICULTAD** |  |

**Declaro conocer los términos y condiciones del Concurso establecidas en las bases aprobadas por Resolución Exenta N° 428 del 17.01.2024 y me comprometo a cumplir mi nueva destinación del proceso de Reubicación 2024.**

**Declaro conocer los términos del Artículo 13.- Adjudicación de Cupos de Plazas, y estar de acuerdo a lo indicado en las letras a), b) y c) respecto a la asunción de la nueva plaza.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**Punta Arenas, 31 de enero del 2024**