**ANEXO N° 3:**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN A CUPOS DE PROGRAMAS DE PERFECCIONAMIENTO BAJO MODALIDAD DE PASANTÍAS CON ORIENTACIÓN A LA ESPECIALIDAD AÑO 2016**

**N° Folio (uso comisión):**

**Completar la información con letra legible, idóneamente letra imprenta.**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

**Apellidos (paterno y materno):**

**Nombres**:…………………………………………………………………………………………………………………….

**Rut:** …………………………….

**Teléfono celular 1:** …………………………….

**Teléfono celular 2:** …………………………….

**Teléfono celular 3:** …………………………….

**N° fijo 1:**…………………………….

**N° fijo 2:**…………………………….

**N° fijo 3:**…………………………….

**Correo electrónico**…………………………………………………… (para enviar información)

**Servicio de Salud:**…………………………………………………………………………………………………………

**Establecimiento de desempeño**:……………………………………………………………………………………….

**Fecha de ingreso a la plaza de destinación (día-mes-año):**……………………………………………………….

**Antigüedad en la EDF al 31 de julio del 2016 (en meses):**………………………………………………………….

**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**

.......................................................................................

**FIRMA JEFE UNIDAD DE PERSONAL O SIMIL DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD**

**ANEXO N° 4:**

**FORMULARIO CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO Y/O CAPACITACIÓN**

**N° Folio (uso comisión):**

**Apellidos (paterno y materno):** …………………………………………………………………………………………

**Nombres**:…………………………………………………………………………………………………………………….

**Servicio de Salud:**…………………………………………………………………………………………………………

**Establecimiento de desempeño**:……………………………………………………………………………………….

**CURSOS :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE CURSO** | **NOMBRE CENTRO FORMADOR** | **CANTIDAD DE HRS.**  | **AÑO DE REALIZACIÓN** | **RESULTADO DEL CURSO (APROBADO - REPROBADO)** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

**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**

.......................................................................................

**FIRMA ENCARGADO CAPACITACIÓN SERVICIO DE SALUD**

**ANEXO N° 5:**

**CARTA COMPROMISO DEL PASANTE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesional Art. 8 de la Ley 19.664 en Etapa de Destinación y Formación, por medio del presente documento declaro. “Que acepto las presentes bases y me comprometo a lo siguiente durante mi estadía:

1. A cumplir a cabalidad el horario de trabajo del establecimiento de salud que se me asigne, en caso que necesite ausentarme deberé justificar mis inasistencias inmediatamente ante el Establecimiento Pasante y el Tutor Docente, notificando de la misma al Encargado de Capacitación del Servicio de Salud de origen.

2. A desarrollar la pasantía de manera ininterrumpida en el período y fechas que se especifica en el cupo de su pasantía, y según indique el Tutor Docente del Establecimiento Pasante.

3. A cumplir las condiciones y normas del establecimiento de salud pasante, y a cumplir las tareas que disponga el tutor en los lugares y horarios que se les fije.

4. A notificar de manera inmediata al Encargado de Capacitación de su Servicio de Salud de origen cualquier cambio de fecha de inicio de las pasantías por parte del Establecimiento Pasante.

5. A notificar oportunamente o inmediatamente al Tutor Docente y al Encargado de Capacitación de su Servicio de Salud de origen, sobre cualquier irregularidad que se presenta durante el proceso de pasantías o en el lugar de trabajo.

6.A trabajar durante la rotación en la **“Ficha de Pasantía de Orientación a la Especialidad”** en conjunto con el tutor docente a cargo, y a entregar dicha ficha en un plazo máximo de diez (10) días continuos luego de haber culminado mi período de pasantía, en formato PDF vía correo electrónico al Encargado de Capacitación de mi Servicio de Salud de origen.

.......................................................................................

**FIRMA DEL POSTULANTE**

## **Fecha: ……………………………..**