

**ANEXO Nº 1**

**REGISTRO CAPACITACIONES, POSTITULOS, POSTGRADOS**

**CONCURSO PUBLICO CARGO DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD**

**1. ANTECEDENTES PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO:** |  |
| **R.U.T.**  |  |
| **DIRECCION** |  |
| **CIUDAD** |  |
| **TELÉFONO CELULAR:**  |  |
| **CORREO ELECTRONICO** |  |

**2. REGISTRO DE EXPERIENCIA LABORAL Y CERTIFICADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Empleador** | **Periodos de Desempeño** | **N° Certificado que acredita** | **Fecha Certificado** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma**  |  |
| **Fecha** |  |