



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
**SERVICIO DE SALUD BIO BIO**  
A.P.JRF/VBG/vbg

## FORMULARIO DE POSTULACION ANEXO N° 1

I. CARGO AL QUE POSTULA

---

II. IDENTIFICACION DEL POSTULANTE:

Apellido paterno	Apellido materno
Teléfono	Celular
Correo Electrónico	

III. ANTECEDENTES ACADEMICOS:

Título	Fecha de Título	Institución

IV. CARGO ACTUAL: Indicar nombre de la institución y cargo y/o función

---

---

V. DOCUMENTOS ADJUNTOS:

		Presenta documento	
a)	Currículum Ciego (anexo 2)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b)	Certificado Título Universitario	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c)	Certificados que acrediten experiencia profesional	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d)	Certificados con capacitaciones realizadas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

---

FIRMA DEL POSTULANTE





GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
**SERVICIO DE SALUD BIO BIO**  
A.P.JRF/VBG/vbg

## FORMULARIO CURRICULUM CIEGO ANEXO N°2

### I. DATOS PERSONALES

Apellido paterno	Apellido materno
Teléfono	Celular
Correo Electrónico	

### II. ESTUDIOS REALIZADOS (sólo aquellos con certificados)

Indicar nombre del Título	Período de Estudio (desde dd/mm/aaaa hasta dd/mm/aaaa)	Institución

Indicar nombre del Título	Período de Estudio (desde dd/mm/aaaa hasta dd/mm/aaaa)	Institución

Indicar nombre del Título	Período de Estudio (desde dd/mm/aaaa hasta dd/mm/aaaa)	Institución



III. CAPACITACIONES (sólo aquellos con certificados):

Nombre del Curso	
Fecha: desde / hasta	
N° de horas	
Calificación Obtenida	
Nombre de la Institución	
Ciudad	

Nombre del Curso	
Fecha: desde / hasta	
N° de horas	
Calificación Obtenida	
Nombre de la Institución	
Ciudad	

Nombre del Curso	
Fecha: desde / hasta	
N° de horas	
Calificación Obtenida	
Nombre de la Institución	
Ciudad	

Nombre del Curso	
Fecha: desde / hasta	
N° de horas	
Calificación Obtenida	
Nombre de la Institución	
Ciudad	

Nombre del Curso	
Fecha: desde / hasta	
N° de horas	
Calificación Obtenida	
Nombre de la Institución	
Ciudad	



IV. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre Institución o Empresa	
Departamento/sección/oficina	
Cargo o función	
Período de permanencia (desde/hasta)	
Tipo de Contrato	
Ciudad	
<b>Indicar funciones principales realizadas</b>	
1.	
2.	
3.	
4.	

Nombre Institución o Empresa	
Departamento/sección/oficina	
Cargo o función	
Período de permanencia (desde/hasta)	
Tipo de Contrato	
Ciudad	
<b>Indicar funciones principales realizadas</b>	
1.	
2.	
3.	
4.	

