**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. PHILIPPE PINEL**

**DESARROLLO DE PERSONAS**

**FICHA DE POSTULACIÓN**

DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE

|  |  |
| --- | --- |
| R.U.T |  |
| Correo Electrónico de Contacto: |
| Teléfono Particular | Teléfono Móvil | Otros Teléfonos de Contacto |
|  |  |  |
| Cargo al que Postula: |
| Marque con una X los Antecedentes que Adjunta |
| Curriculum Según Formato Requerido Firmado Por El Postulante |  |
| Fotocopia Legalizada de Certificado De Título Profesional y/o Fotocopia de Licenciaturara Enseñanza Media Completa |  |
| Fotocopia de Certificados que Acrediten los estudios: Cursos de Formación Educacional(Postitulos o Postgrados) y de Capacitación |  |
| Fotocopia de de Certificados de Experiencia Laboral que Señalen las Funciones realizadas |  |
| Otros Documentos Especificados en las Bases del Concurso**Detallar:** |  |

La presente postulación implica lectura minuciosa y la aceptación de la Pauta de Evaluación del presente Proceso de Selección.

En Putaendo a …………. De…………………….. de 20…..., declaro que los antecedentes que adjunto son fidedignos.

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

 NOMBRE FIRMA

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. PHILIPPE PINEL**

**UNIDAD DESARROLLO DE PERSONAS**

**CURRICULUM VITAE**

**I. DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** |
|  |  |
| **Teléfono** | **Celular** |
|  |
| **Correo Electrónico** |

1. **ANTECEDENTES EDUCACIONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Licencia** **Enseñanza Media** | **Período de Estudio****(Ingreso mm/aaaa -** **Egreso mm/aaaa)** | **Institución** |

**III. TÍTULO (S) TECNICO / PROFESIONAL(ES) Y/O GRADOS *(Sólo aquellos con certificados. Copiar y pegar recuadro en caso de requerido. Si no aplica eliminar.)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Título Técnico o Profesional, Licenciatura** | **Período de Estudio****(Ingreso mm/aaaa -** **Egreso mm/aaaa)** | **Institución** |
|  |  |  |
| **Fecha Titulación (dd/mm/aaaa)** | **Duración de la Carrera**(**Indicar número de semestres)** | **Distinción**  |

**IV. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN *(Sólo aquellos con certificados. Copiar y pegar recuadro en caso de requerido. Si no aplica eliminar.)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Doctorados, Magíster,Diplomados, Pos títulos** | **Período de Estudio****(Desde mm/aaaa -** **Hasta mm/aaaa)** | **Institución** |

**V. EXPERIENCIA LABORAL *(Sólo aquellos con certificados. Copiar y pegar recuadro en caso de requerido. Si no aplica eliminar.)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Institución o Empresa** |  |
| **Departamento/Unidad/Área de Desempeño** |  |
| **Cargo**  |  |
| **Período de permanencia** **(desde día/mes /año** **hasta día/mes /año)** |  |
| **Tipo de Contrato** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Descripción general de funciones realizadas**  |
| **1.** |
|  |
| **2.** |
|  |
| **3.** |
|  |
| **4.** |
|  |

**VI. CAPACITACIÓN *(Sólo aquellos con certificados. Copiar y pegar recuadro en caso de requerido. Si no aplica eliminar.)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Curso y/o Seminario** |  |
| **Nombre de la Institución** |  |
| **Fecha:** **desde / hasta** |  | **N° de horas** |  | **Calificación**  |  |

**VII. OTROS ANTECEDENTES**

|  |
| --- |
| **Aquí Ud. puede ingresar información que considere relevante, como cursos no certificados, participación en organizaciones, uso de software, idiomas, hobbies, etc.** |
|  |

**VII. REFERENCIAS LABORALES**

|  |
| --- |
| **Mencione nombre, cargo y teléfono de sus tres últimos empleadores. Debe consignar a un superior jerárquico al cargo que ud. ocupó.** |
|  |