**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.** |
|  |