



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION
HOSPITAL SAN JOSE DE CORONEL

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO
ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD
DE LOS PROFESIONALES FUNCIONARIOS A QUE SE REFIERE
EL ART. 34 LETRA C) DE LA LEY 19.664 Y EL ART. 3 DE LA LEY 19.198.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		NOMBRES
RUT	LEY AFECTO	HORAS CONTRATADAS	ETAPA/NIVEL
UNIDAD DE DESEMPEÑO	TELEFONO		CORREO ELECTRONICO

ASIGNACIÓN A LA QUE POSTULA

Por medio del presente formulario desisto a la postulación a la (s) Asignación de Responsabilidad señaladas anteriormente.

TIMBRE COMISION ASIGNACION RESPONSABILIDAD LEY 19664	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO